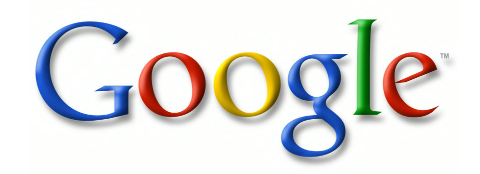
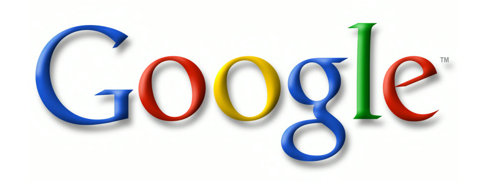
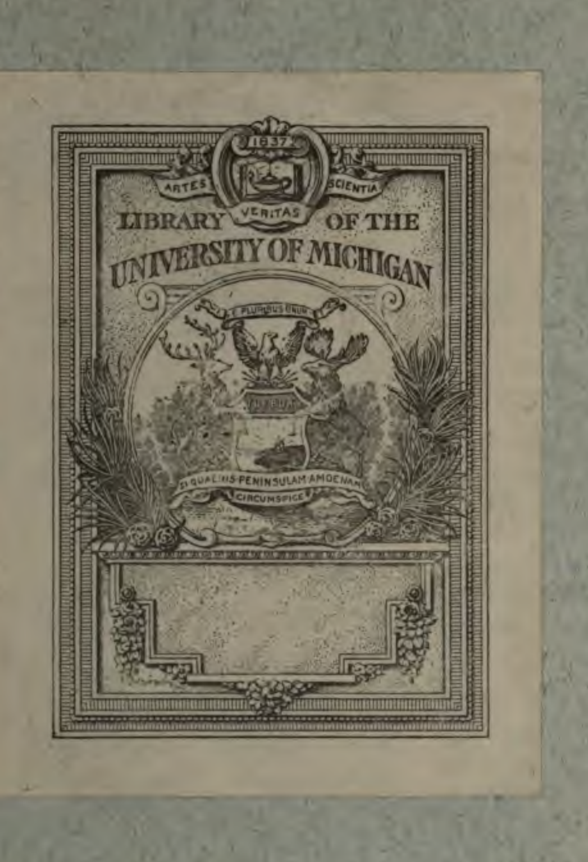





1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



# BULLETIN GÉNÉRAL

DE

# THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE

OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

ÉÉ PAR
UEL
831

BULLETIN GÉNÉRAL

CONTINUÉ PAR
DUJARDIN-BEAUMETZ
1870-1898

DE

# HÉRAPEUTIQUE

## ÉDICALE, CHIRURGICALE, OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE



TOME CENT CINQUANTE-SIXIÈME

PARIS

OCTAVE DOIN, ADMINISTRATEUR-GÉRANT
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1908

# PHARMACOLOGIE

## Direction logique du traitement de la constipation,

Par le Dr G. BARDET.

La Sociétéde Thérapeutique, au cours de ses dernières séances, a discuté une question fort intéressante soulevée par M. Burlureaux, qui n'a pas craint de déclarer que l'abus des purgatifs et des laxatifs pouvait être considéré comme un véritable *danger social*. Les orateurs qui ont pris la parole ont fait des réserves, mais tous ont accepté, sinon tout, au moins partie des affirmations de Burlureaux et, pour mon compte, dans une argumentation qui a paru dans le *Bulletin de Thérapeuthiqae* (1), j'ai dit que la purgation était sans doute un mal, mais un *mal nécessaire*, j'ai dit également que le chapitre des laxatifs était complètement à refaire, que nous avions le devoir de chercher des formules qui utiliseraient surtout les médicaments capables d'exercer une action *physique* et non pas irritante.

Dans une communication fort bien présentée, M. Chassevant (2) a repris cette affirmation, l'a développée très clairement et a fait des laxatifs usuels une critique très sévère mais parfaitement juste. Il a montré l'absurdité des habitudes thérapeutiques, qui amènent le médecin à laisser son malade user et abuser des laxatifs, lui permettant, le plus souvent, de les choisir, et cela quand, dans beaucoup de cas, nous ignorons les principes contenus dans les spécialités laxatives. M. Chassevant a montré que, sous des noms trompeurs, ces spécialités contiennent presque toujours des principes irritants, qui peuvent être à bon droit considérés comme de véritables toxiques. En effet, une drogue capable d'irriter violemment les diverses fonctions de l'intestin agit comme les substances toxiques et il est très fâcheux que le médecin soit amené, par la force même des choses, à laisser

(1) N° du 15 juin 1908.
(2) N° du 30 juin 1908.

prendre des produits qui renferment tel et tel drastique dont la présence n'est pas annoncée et quand, souvent, il éviterait avec soin sa prescription. La Société de Thérapeutique a décidé que, dès la rentrée, une commission serait chargée d'étudier les moyens de remédier à cette situation et elle a bien fait, car elle rendra ainsi service aux malades et elle arrivera peut-être à corriger des abus qui ne sont pas sans dangers.

Je ne veux pas attendre aussi longtemps pour développer un peu les idées que j'ai seulement indiquées dans le travail précité, et, puisque la Société de Thérapeutique a pris ses vacances, je crois utile de développer ici ce que j'ai voulu dire dans les phrases suivantes : «... Il est malheureusement nécessaire de prescrire des laxatifs et d'user même de la purgation. Celle-ci, comme je le disais tout à l'heure, reste donc et restera certainement un mal nécessaire. Seulement, je reconnais que le chapitre *laxatifs* de la Pharmacopée est entièrement à refaire et c'est une étude qui mérite de tenter un médecin. Il faut trouver des laxatifs vraiment inoffensifs et s'attacher à prescrire les médicaments susceptibles de faire du volume et de la lubrification. »

## I

### CONSTIPATION ET ACTION LAXATIVE

En 1889 (1) j'ai donné à la Société de Thérapeutique une étude sur ce sujet, dans laquelle j'exposais que la constipation était un syndrome dû à des causes très complexes, que l'intestin est un organe doué de fonctions très diverses et que, pour arriver à obtenir une exonération régulière, il était utile d'exercer une action excitante, en cas de parésie, sur toutes les fonctions et non pas sur une seule ; que chaque laxatif possède des propriétés spéciales et que le laxatif idéal serait peut-être celui qui les

(1) G. Bardet. Quelques points du traitement de la constipation de dyspeptiques, Soc. de Thér., 8 mars 1899, in *Bull. de Thér.*, t. CXXXVII, p. 120.

réunirait tous en une sorte de *somme* pharmaceutique. En effet, en réunissant dans une même masse *tous* les laxatifs connus, j'ai obtenu alors un médicament qui, à dose infime, pour chacun des produits pris en particulier, exerçait une action très douce, sans jamais provoquer d'irritation du tube digestif.

Je crois que les idées qui m'avaient alors dirigé étaient saines, mais je crois aussi qu'on peut obtenir beaucoup mieux, en étudiant de plus près les causes de la constipation. En 1904, à la réunion des naturalistes allemands (sous ce nom a lieu annuellement dans une ville allemande un Congrès de médecins) à Méran, Schmidt (1), professeur à Dresden, a donné de la constipation une théorie, intéressante en soi assurément, mais surtout parce qu'elle lui a permis de s'en servir pour l'établissement d'une thérapeutique très logique de cette affection, ou plutôt de ce syndrome.

Les constipés chroniques, d'après le professeur Schmidt, sont des sujets qui utilisent au maximum les aliments et chez lesquels l'absorption se fait également dans des conditions intensives. Il résulte de ce fait une deshydratation presque complète du bol fécal, ce qui rend les matières rares et extrêmement dures. En outre, cette disposition a pour effet de rendre impossibles les fermentations normales de l'intestin, fermentations qui sont nécessaires pour exciter le péristaltisme et, conséquemment, l'évacuation.

Tout le monde n'acceptera pas sans discussion cette théorie. On pourra faire observer que les constipés chroniques sont tous des dyspeptiques du genre hypersthénique, à estomac constamment irrité; or, suivant la conception très claire du professeur Albert Robin, *à estomac excité correspond toujours un intestin parésié*, ce qui est presque suffisant pour expliquer la constipation. En effet, l'intestin parésié possède un système glandulaire peu actif et son système musculaire est également lent à réagir.

Mais, quel que soit le mécanisme occasionnel, le résultat est le

(1) *Münch. mediz. Woch.*, 1905, n° 41.

même, le bol fécal est sec et dur et l'expulsion est rendue très difficile. Cette difficulté amène fatalement de la douleur et des traumatismes, pendant la défécation, ce qui provoque des hémorroïdes et du spasme sphinctérien, d'où paresse du malade qui redoute les selles et prend l'habitude de faire de la rétention volontaire.

Par conséquent, la thérapeutique laxative doit avoir pour but logique de rétablir la normale, c'est-à-dire de remédier exactement aux phénomènes pathologiques. Cette médication devra donc tendre :

1° A augmenter le volume des fèces;

2° A les hydrater;

3° A rendre normal le péristaltisme;

4° A remédier aux délabrements locaux qui ont pu se produire à la suite de la constipation prolongée.

Si l'on accepte les théories de Schmidt, les indications seront les mêmes, mais on ajoutera celles du rétablissement des fermentations utiles et du retardement de l'absorption intestinale exagérée.

Or, dans l'état actuel des choses, remplissons-nous vraiment ces indications? Jusqu'à un certain point, théoriquement, oui, car nous conseillons d'introduire dans le régime les légumes herbacés, les salades cuites, notamment l'épiuard, plante mucilagineuse et cellulosique, le *balai de l'estomac*, suivant l'expression populaire. Enfin, nous usons de laxatifs qui provoquent à la fois l'exosmose et le péristaltisme; et, par des soins appropriés, nous veillons à diminuer l'irritation de l'anus et à guérir les hémorroïdes. Reste à voir si nous agissons logiquement.

## II

### CRITIQUE DES MOYENS LAXATIFS USUELS

Le régime herbacé est-il vraiment bon dans la constipation? Je ne le crois pas. Ou du moins je crois qu'il est sage d'établir de justes réserves. Assurément, chez les vieillards, par exemple, il

est fort utile de fournir un volume suffisant au bol fécal, au moyen des légumes herbacés, parce que le vieillard a de l'atonie sénile de l'intestin et mange peu. Mais, chez le dyspeptique hypersthénique, ce régime est plutôt contrindiqué. Ces malades, en effet, ont une très petite capacité stomacale, ils ne peuvent pas supporter un gros bol alimentaire. En outre, comme le fait très justement remarquer Schmidt (*Loc. cit.*), ils représentent des transformateurs intensifs et sont à même de digérer même la cellulose, de sorte que, malgré l'usage d'aliments herbacés, leur bol fécal restera sec et réduit considérablement en volume. Par conséquent ce régime si vanté ne donnera aucun résultat thérapeutique.

Voyons maintenant ce qu'il faut penser des médications laxatives usuelles. Notre conception me paraît grossière et je comprends fort bien les critiques soulevées par tous les orateurs qui ont pris la parole sur ce sujet à la Société de Thérapeutique. Il est ridicule de prétendre obtenir l'évacuation totale et rapide de l'intestin, au moyen de drogues qui fatalement provoqueront une irritation violente. Comme l'ont fort bien dit Burlureaux et Gallois, il n'y a jamais péril en la demeure et mieux vaut attendre que se hâter. L'évacuation doit être obtenue doucement et non pas par des procédés brutaux. Toute excitation vive des divers systèmes glandulaires de l'intestin et de ses annexes hépatiques, ou même de son système musculaire, sera forcément suivie d'une période réactionnelle de parésie et agir ainsi c'est justement entretenir, comme à plaisir, l'état de constipation chronique.

On peut donc affirmer, sans crainte d'être taxé de paradoxe et d'exagération, que tous les laxatifs usuels, et surtout les innombrables spécialités qui sont aujourd'hui d'un usage banal et régulier, représentent des moyens détestables, dans les conditions où leur utilisation est faite. On les prend toujours à doses trop élevées et, surtout, on ne surveille pas assez leur choix. Le médecin ne doit pas laisser le malade, comme il arrive si souvent, choisir lui-même son médicament et le doser au juger *d'après ses besoins*. Le seul besoin, c'est le rétablissement de la

fonction et non pas une exonération totale et brutale, dans les douze heures qui suivent la prise du laxatif. Tout ce qu'on peut dire, pour être juste et même indulgent, c'est que les laxatifs courants ne doivent être employés qu'avec le plus grand ménagement, pour servir d'adjuvants au régime et au traitement gastrique.

## III

### ACTION LAXATIVE NORMALE

Si les laxatifs irritants sont dangereux, par ce qu'ils exercent une action artificielle et brutale, quel sera le laxatif capable d'exercer une action logique? Celui qui répondra exactement aux conditions posées tout à l'heure : faire volume, faciliter l'hydratation et le ramollissement du bol fécal, rétablir le péristaltisme, mais sans irritation glandulaire ou mécanique.

Remarquons d'abord que, cette médication sage, nous l'avons déjà pratiquée plus ou moins habilement. C'est à elle que se rattache l'usage de la graine de *moutarde blanche*, qui fait volume et excitant mécanique, des plantes mucilagineuses comme le *psyllium* et la graine de lin, qui font à la fois volume et lubrifiant. Mais ces substances ont divers inconvénients, aspect peu agréable, composition complexe et grasse, digestibilité médiocre. En outre, la graine de lin peut, si elle est contusée, produire de l'acide cyanhydrique.

Mais il existe une quantité considérable de substances mucilagineuses capables de rendre d'excellents services quand elles sont bien employées, se sont les nombreuses variétés de fucus. soit de nos pays, soit surtout de l'Asie. En voici l'énumération :

*Fucus vesiculosus*, dont la poudre dite de *chêne marin* est surtout ou plutôt a été surtout employée comme médicament végétal iodique, à l'état de cendre. La plante est riche en gélose, elle pourrait être utilisée, au besoin, comme produit mucilagineux formant volume.

Il en est de même de la *Laminaria saccharina* dont les tiges

sont employées pour faire les laminaires dilatables bien connues. Cette propriété suffit à démontrer la grande hydratabilité de la plante, hydratabilité qui serait encore plus grande dans les parties charnues.

*Fucus crispus* ou *carragaheen*, le plus mucilagineux des fucus de nos pays, fournissant une substance genre gélose très transparente et facilement hydratable.

Viennent ensuite les variétés suivantes qui sont produites en abondance dans les mers de l'Inde et de la Chine ou du Japon, plantes très riches en mucilage et possédant au maximum la propriété de former avec l'eau un corps gélatineux très volumineux et très mou :

*Fucus lichenoides*, ou mousse de Ceylan, de Jafna, connu sous des noms très variés qui représentent des différences imperceptibles au point de vue botanique ;

*Fucus edulis*, qui fait partie des nids de salanganes, si chers aux Chinois, en même temps que les Gelidium. Nous aurions le plus grand avantage à imiter les Chinois à ce point de vue, car tous ces fucus sont des substances mucilagineuses dépourvues d'azote et contenant seulement des hydrocarbones, en quantité infime par rapport au volume qui est énorme ;

*Gelidium corneum*, ou *fucus spinosus*, ou *algue de Java*, commun dans toutes les mers de l'Asie orientale, c'est lui qui fournit l'*agar-agar*, dont certaines variétés de forme ou d'aspect prennent aussi le nom de *colle de poisson*, de *gélatine* ou *colle de Chine*. On peut en rapprocher la *plocaria lichenoides* de l'ile Maurice et la *mousse de Chine*. Ces variétés sont celles qui fournissent la gélose la plus transparente. Elles sont utilisées comme comestible mucilagineux par les populations orientales.

A citer également le *fucus* ou *sargassum natans*, connu aussi sous les noms de *raisin de mer* ou *du tropique*. Ce dernier remplit littéralement les mers dites des Sargasses qui entourent les Açores.

Comme on le voit par cet exposé très sommaire, la matière médicale des mucilagineux est beaucoup plus riche que ne le

disent nos traités de matière médicale à l'usage des médecins, nous n'avons que l'embarras du choix.

Toutes ces plantes contiennent une substance hydrocarbonée, sans albumine, qui peut être isolée sous des apparences diverses, mais toutes répondent à la constitution de la *carragaheenine* ou *fucine*, qui, par fermentation, se transforme en mannite ou en un sucre spécial, la phycite. Cette fucine est un véritable mucus, qui, par hydrolyse au moyen de l'acide sulfurique, se transforme en arabinose, ce qui la rapproche des gommes.

Toutes ces substances ont une propriété commune, c'est de s'hydrater facilement, en gonflant énormément et de former alors une masse molle, ouctueuse et lubrifiante. Absorbées en même temps que les aliments, elles divisent la masse fécale, l'augmentent de volume et l'empêchent de se dessécher. A mon avis ces propriétés leur assurent la qualité de laxatif idéal, car elles répondent absolument aux indications posées : augmenter la masse fécale, la ramollir, la diviser, exciter mécaniquement le péristaltisme, simplement en dilatant l'intestin par le volume; elles ne purgent pas, elles amènent l'exonération dans le sens physiologique vrai.

## IV

### APPLICATION DES MUCILAGINEUX AU TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

Voici le moment de reprendre et de discuter les idées qui ont inspiré le professeur Schmidt pour l'établissement de sa méthode de traitement de la constipation (1). Tout d'abord il faut se rappeler que cette méthode, d'ailleurs excellente, est l'application d'un usage très antique des fucus chez les peuples asiatiques qui, comme je l'ai dit tout à l'heure, tirent le plus grand bénéfice de

(1) Sur cette question, consulter entre autres travaux : SCHMIDT, *loc. cit.* MOLLWEIDE *Ther. Monatsch.*, mars 1906; HANS LORISCH, *Mediz. Klin.* 18 mars 1906; J. KOCHS, *Apoth. Zeit.*, 1906 n° 24 : SCWELLENBERG, *Deutsche mediz Woch.*, novembre 1906 ; MEYER, *Ther. d. Gegenwart*, 1907, n° 5; MANGELSDORF, *Therap. Monatsh.* mars 1908.

l'addition de ces algues à leur régime alimentaire ordinaire. Ceci connu, on comprendra facilement le bon parti que peut en tirer la thérapeutique européenne.

Schmidt a donc songé à appliquer ces matières mucilagineuses au traitement de la constipation, parce qu'elles répondaient absolument aux indications fournies par la clinique et précédemment exposées. Mais il constata qu'une de ces indications, en rapport avec la théorie qui lui est personnelle, n'était pas remplie. Pour lui, je l'ai dit, le constipé ne fait pas les fermentations régulières dans son tube intestinal et ces fermentations sont nécessaires à l'établissement des contractions péristaltiques qui doivent provoquer la garde-robe. Aussi a-t-il jugé utile de faire avec les matières fucoïdes employées par lui un véritable médicament, en leur associant une forte dose (20 p. 100) d'extrait de cascara, qui, dans son esprit, est destiné à remplacer l'action fermentative, pour exciter le péristaltisme. Ce produit, d'un usage très courant en Allemagne, en Suisse, en Autriche (1), me paraît contenir beaucoup trop de cascara, car dans ces conditions nous retombons dans les laxatifs courants, que nous avons commencé par condamner. Du reste, Schmidt et ses imitateurs vont plus loin, puisqu'ils recommandent d'administrer du séné, au début du traitement. Pourquoi? Cela me parait bien inutile, puisqu'il a très justement pris le soin de démontrer lui-même le danger des vieux usages et la nécessité de pratiquer une autre méthode que celle des laxatifs irritants.

A la vérité, l'auteur, en ajoutant une quantité sérieuse de

(1) Ce produit est celui qui, sous le nom de *Régulin*, figure sur toutes les tables des maisons de *cure* et de régime, si nombreuses à l'étranger. Le régulin étant une spécialité ne peut entrer en France. Il existe chez nous, sous le nom de *thaolaxine* (de thao, nom chinois d'une variété d'agar-agar, et de *laxine*, tiré de laxatif) un médicament composé, fait de paillettes fines d'agar additionné de très faibles quantités de diverses rhamnées. Ce produit me paraît beaucoup mieux répondre que son similaire allemand à l'indication des préparations mucilagineuses; la dose de principes excitants étant infime, je crois que l'action exonérante est beaucoup plus due à l'augmentation de volume des fèces et à leur hydratation qu'aux traces de rhamnées ajoutées au mucilage, et c'est un réel avantage.

cascara, a voulu vider rapidement l'intestin de ses malades, en attendant que l'action du mucilage ait eu le temps de s'établir, c'est-à-dire quelques jours. Mais un travail récent de Mangelsdorf (*L'agar-agar dans la constipation chronique*, Loc. cit.) montre l'inutilité de cette addition. Cet auteur a obtenu les mêmes résultats que Schmidt, dont il partage les idées et confirme les travaux, en employant l'agar-agar pur. Dernièrement, Louis Rénon nous a dit à la Société de Thérapeutique avoir eu de bons effets avec de simples cachets de gélose. Mais les malades se lassent quelquefois d'attendre une action lente à venir et, comme l'a dit Schmidt, il peut être utile, au moins au début, de provoquer le péristaltisme, aussi j'admets l'addition de faibles quantités d'une substance légèrement excito-motrice, mais à la condition de ne pas dépasser la quantité nécessaire. Or, le produit français, analogue à celui de Schmidt, ne contient pas plus de 6 p. 100 d'extrait de plantes actives (voir note plus haut) et j'ai pu constater que cette quantité était largement suffisante.

Quoi qu'il en soit, le fucus, divisé en paillettes fines ou même pulvérisé, est administré en nature ou bien en cachets, à des doses variant entre 2 et 6 grammes par jour, au cours des principaux repas. Arrivé dans le tude digestif, il s'hydrate, absorbant rapidement jusqu'à seize fois son poids d'eau; peu à peu, le bol fécal se divise et, dès qu'arrivent dans le rectum les matières mélangées de cette substance absorbante d'eau, le bol fécal est suffisamment mou et volumineux pour provoquer une exonération normale.

Schmidt ne s'est pas contenté d'ajouter une assez forte quantité de cascara, il a aussi fait un mélange qui, pour nous, Français, habitués aux formes simples, paraît assez singulier, il ajoute à la gélose, additionnée déjà de cascara, de la paraffine liquide, que nous dénommons huile de vaseline. J'avoue trouver ce produit parfaitement inutile (1) et ne pas reconnaître d'avantages à cette préparation bâtarde.

(1) C'est ce produit qui est vendu en Allemagne sous le nom de *paravégulin*.

En résumé, l'usage journalier des préparations mucilagineuses par les constipés et surtout par les dyspeptiques hypersthéniques, qui forment les 90 p. 100 des constipés, me paraît actuellement le meilleur moyen de guérir d'abord et de prévenir ensuite la constipation. Pour arriver à ce résultat, on pourrait très avantageusement imiter les Orientaux et introduire ces produits dans notre alimentation, mais je reconnais que cela ne pourrait guère entrer dans nos mœurs. Il est beaucoup plus simple d'employer les fucus sous forme sèche. Les Allemands absorbent l'agar en le mélangeant aux aliments, compotes de fruits ou purées de légumes. Il est tout aussi facile, comme nous l'avons dit, de le prendre en cachets. On peut même prendre la poudre pailletée, qui représente la forme pharmaceutique, en la délayant dans un peu d'eau, car le goût est nul.

Il suffit d'une dose de 2 à 6 grammes, c'est-à-dire une ou deux cuillérées à café à chacun des deux repas principaux, dans la plupart des cas, pour établir au bout de quelques jours des garde-robes très régulières. Il est très rare que les doses de 10 à 12 grammes recommandées par les Allemands aient besoin d'être atteintes. Si des cas d'insuccès [manifeste se présentent, c'est qu'il s'agit de malades en pleine crise dyspeptique qui irrite l'intestin; il faut alors procéder au traitement de l'estomac, c'est-à-dire procéder à la saturation par les moyens appropriés, on pourra constater ensuite que la gélose agit. Les médecins allemands comptent un tiers ou un quart d'insuccès; ce chiffre me paraît trop élevé et je crois que ce fait doit être attribué à ce qu'ils ont trop attaché leur attention à la constipation considérée comme espèce morbide et n'ont pas tenu assez compte du lien qui lie toujours ce syndrome à la dyspepsie.

Si les selles normales tardent à s'établir, c'est-à-dire si aucun effet n'est constaté vers le troisième ou le quatrième jour, on aidera simplement à la défécation par les moyens physiques, lavements ou suppositoires, mais je suis absolument opposé à l'emploi des laxatifs irritants. Il suffit d'un peu de patience.

# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ÉTRANGÈRE

## L'acné rosacée et son traitement

par M. UNNA.

Après une longue description des formes cliniques de cette affection, P.-G. UNNA, de Hambourg (*Medizin. Klinik.*, 1907, nos 38, 39, 40), parmi les causes principales, cite la constipation habituelle, les pieds froids, les professions sédentaires comme celles d'employés de bureau ou de couturières, l'usage de l'alcool et des mets épicés.

L'acné rosacée ou couperose qui était considérée autrefois comme incurable, est, de l'avis de l'éminent dermatologiste, curable par des moyens relativement simples.

Sans imposer une diète déterminée aux malades, il leur ordonne d'éliminer de leur régime alimentaire tout ce qui leur congestionne la face d'après leur expérience personnelle, ainsi, par exemple, le vin, le café, le tabac, le poivre, la salade et autres mets excitants.

Il passe ensuite à la suppression des causes d'excitation externe, telles que le froid et le frottement occasionné par les poussières. Pour cela, il recommande le nettoyage et le lavage du visage avec de l'eau chaude et non avec de l'eau froide, avant de se mettre au lit, afin d'enlever les poussières qui se sont accumulées, et l'emploi éventuel d'un savon très doux. La peau est ensuite essuyée, sans frottement, avec un linge doux, avec de vieux mouchoirs de poche usés, et elle est ensuite enduite d'une couche de pâte ou de pommade d'action spécifique qui seront décrites un peu plus loin. On applique enfin un ou deux tours d'une bande de mousseline pour protéger la peau du visage pendant la nuit, contre les frottements sur l'oreiller. Pour la toilette du matin, l'auteur conseille de s'abstenir de tout lavage et de toute friction excitante, et si possible, de maintenir toute la journée le pansement de la nuit; il tolère tout au plus l'emploi d'une

poudre couleur chair posée sur la couche de pommade protectrice.

Pour le malade qui, pendant le jour, est exposé au soleil, à la poussière et au vent ou au froid, suivant les saisons, l'auteur recommande toujours, plusieurs fois par jour, des lotions avec une éponge imbibée d'eau aussi chaude qu'on puisse l'endurer et d'appliquer ensuite une couche protectrice de pâte ou de pommade. C'est surtout après les repas, après une course fatigante, des exercices sportifs ou des travaux pénibles, que l'on devra de préférence recourir aux lotions.

Quant au traitement interne des congestions de la face, surtout chez les femmes anémiques, aménorréiques, sans forces et sans appétit, l'ichthyol est le meilleur médicament capable de régulariser les fonctions circulatoires et intestinales. On peut le prescrire en pilules de 0 gr. 10 ou en capsules de 0 gr. 50 à la dose quotidienne de 0 gr. 50 à 2 grammes en procédant toujours par doses progressivement croissantes. Moins coûteuse est la prescription aqueuse :

| | |
|---|---|
| Ichthyol.............................. | 5 gr. |
| Eau distillée.......................... | 10 » |

A prendre trois fois par jour, entre les repas, au lever, à midi et au coucher, de V à XXX gouttes dans un verre d'eau. On prendra ensuite un bonbon pour masquer le goût désagréable. Les premiers jours, on reste à la dose minima de V gouttes, tant que l'estomac n'est pas accoutumé à l'ichthyol, puis on augmente tous les jours ou tous les deux jours, chaque dose de I goutte, de façon à prendre VI, VII, VIII, IX gouttes trois fois par jour et ainsi de suite jusqu'à XXX gouttes trois fois par jour, ce qui correspond à 1 gr. 5 du médicament. Cette dose suffit, dans presque tous les cas, si on administre l'ichthyol en solution aqueuse et produit, en moyenne, au bout de trois semaines, une amélioration sensible.

En même temps que la suppression des causes d'irritation accidentelle d'origine externe, il faut traiter la cause intrinsèque de la maladie. Comme l'acné rosacée est une manifesta-

tion partielle du processus séborrhéique, la thérapeutique causale de cette affection consiste en un traitement local et en une suppresssion des manifestations séborrrhéiques qui accompagnent la couperose, parmi lesquelles la blépharite ciliaire. l'alopécie séborrhéique, et d'autres accidents eczématiformes, sont les plus importantes.

Pour la pratique, on divise les cas de couperose en cas légers et en cas difficiles. Dans la première catégorie, on range ceux qui présentent des taches érythémateuses, squameuses, accomgagnées de quelques papules et quelques pustules. A la seconde catégorie appartiennent ceux qui depuis longtemps présentent un érythème régulier et diffus étendu à la plus grande partie de la face, parsemée, en outre, de papules, de pustules et d'ectasies veineuses.

Le meilleur remède à appliquer aux cas légers, c'est la pâte au soufre et à l'oxyde de zinc employée surtout dans les cas d'eczéma séborréique.

| | | |
|---|---|---|
| Oxyde de zinc | 14 | gr. |
| Soufre précipité | 10 | » |
| Huile benzoïnée | 12 | » |
| Axonge benzoïnée | 60 | » |

*M. s. a.* Pour pâte de zinc sulfurée.

On obtient une pâte rouge en mélangeant 99 parties de la pâte précédente avec une partie de cinabre. On utilise de préférence la pâte ainsi colorée par raison d'esthétique. Il est encore utile d'ajouter à cette pâte sulfurée rouge un peu de vaseline d'après la formule suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Pâte de zinc sulfurée rouge | 35 | parties |
| Vaseline | 5 | — |

Cette pâte est appliquée le soir après le nettoyage à l'eau chaude et on fait un enveloppement avec une bande de mousseline. Pour protéger ce pansement contre les intempéries, on répand sur la couche de pâte, de la poudre suivante, couleur de chair.

| | | |
|---|---|---|
| Poudre cuticolore.................... | 9 | parties |
| Ichthyol............................. | 1 | — |

*M. s. a.*

La poudre ne doit pas être appliquée avec un appareil pulvérisateur, mais elle doit être étendue comme une pommade légèrement avec le doigt et avant de sortir, on doit l'essuyer avec un linge doux et sans frottement.

Cette poudre peut suffire pour le traitement diurne et nocturne des cas légers, en particulier pour les érythèmes circonscrits du nez. On peut rendre la poudre précédente encore plus active en y incorporant du soufre :

| | | |
|---|---|---|
| Poudre cuticolore.................... | 8 | — |
| Soufre précipité..................... | 1 | — |
| Ichthyol............................. | 1 | — |

La formule de la poudre cuticolore est la suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Bol rouge............................ | 0,5 | parties |
| Bol blanc............................ | 2,5 | — |
| Carbonate de magnésie.............. | 4 | — |
| Oxyde de zinc........................ | 5 | — |
| Amidon de riz........................ | 8 | — |

*M. s. a.*

Selon la teneur en corps gras naturels de la peau du visage, tôt ou tard l'emploi continu de la pâte sulfurée provoque une éruption artificielle de la peau, surtout aux endroits non atteints. En conséquence, on recommande au malade de s'enduire la face avec du cold-cream et on applique par doses, aux endroits couperosés seulement, une couche de pâte sulfurée, pour éviter une éruption, tout en continuant le traitement de l'affection comme il a été indiqué précédemment. A mesure que la guérison fait des progrès, le malade devra remplacer de plus en plus la pâte par le cold-cream, car la guérison, dans les cas bénins, est obtenue en quelques semaines.

Dans les cas plus difficiles, on devra adjoindre au traitement fondamental à la pâte sulfurée qui agit superficiellement, un traitement avec l'onguent à la résorcine composé antiséborrhéique d'action plus profonde, dont la formule suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Résorcine | } ââ | 5 | parties |
| Ichthyol | | | |
| Acide salicylique | | 2 | — |
| Vaseline jaune | | 88 | — |

On recommande d'appliquer la pâte sulfurée sur tout le visage; dans tous les endroits papuleux et pustuleux de couleur rouge sombre, on fera mettre une couche de pommade à la résorcine ou bien on prescrit l'application de la pâte suivante qui est un mélange des deux :

| | | |
|---|---|---|
| Pâte de zinc sulfurée rouge | 20 à 30 | parties |
| Onguent à la résorcine composé | 10 à 20 | — |

Ce mélange a l'avantage de communiquer à la pâte sulfurée, en raison de la vaseline qu'il renferme, la consistance désirée pour l'acné rosacéé et par sa teneur en ichthyol, il lui communique une couleur tirant sur le jaune qui se rapproche de la coloration naturelle de la peau. Car les pommades seront complètement cuticolores, si elles renferment les couleurs de la peau : blanc, jaune et rouge qui sont représentées dans le mélange par l'oxyde de zinc, l'ichthyol et le cinabre.

Cette pâte, extraordinairement active, peut être appliquée sur la face le jour sans inconvénient, si l'on a soin d'en étendre une couche légère avec le doigt jusqu'à ce qu'elle soit devenue invisible, et seulement aux endroits malades.

Dans les cas les plus graves, où la coloration rouge foncé est étendue à tout le visage, on applique une couche du mélange précédent suffisamment épaissi, on protège avec une bande en mousseline et le lendemain matin, on essuie simplement avec un linge doux l'excès de pommade, sans nouveau nettoyage de la peau. Ce qui reste est suffisant pour le traitement diurne et pour protéger contre les causes d'irritation externes.

Grâce à ce traitement, disparaissent sûrement et sans aucun désagrément pour les malades, tous les symptômes de l'acné rosacée : les rougeurs, les squames, les papules, les pustules et même les ectasies veineuses, et la peau redevient mate comme auparavant.

Pour abréger la durée du traitement, ou pour terminer une cure incapable de faire disparaître complètement les ectasies veineuses, Unna conseille l'emploi de son microbrûleur, dont la pointe en platine recourbée en anneau et chauffée suffisamment mais non portée au rouge est appliquée sur la peau légèrement mais assez pour faire disparaître les rougeurs. Pour cette cautérisation, il n'est pas besoin d'avoir recours à l'anesthésie locale ou générale; toutefois, autour du nez et de la bouche, en raison des terminaisons nerveuses qui y abondent, il convient de n'appuyer que très légèrement. Les soins consécutifs à ce traitement consistent seulement dans l'emploi de la poudre cuticolore. Le frottement et le lavage des endroits traités de cette façon devront être déconseillés pour éviter une nouvelle poussée congestive des vaisseaux. Au bout de huit jours, les ectasies vasculaires disparaissent, quand l'opération a été bien conduite avec le microbrûleur. Cette méthode simple non sanglante et sûre est à préférer à la méthode sanglante de Hébra qui consiste à dilacérer en tous sens le réseau veineux.

Avec cette méthode de traitement ambulatoire qui permet aux malades de vaquer à leurs occupations, les cas bénins sont guéris en deux à quatre semaines et les cas plus graves en deux à quatre mois; mais la durée, dans les cas difficiles, peut être abrégée par un traitement plus énergique dans une clinique ou chez soi par l'emploi des pâtes exfoliantes.

La pâte exfoliante (*pasta lepismatica*) est une pâte de zinc renfermant 40 à 50 p. 100 de résorcine, à laquelle on peut ajouter de l'ichthyol à cause de son action adoucissante, ce qui lui communique une couleur noirâtre peu convenable pour le mode de traitement ambulatoire. Cependant pour l'emploi à la maison ou dans une clinique, on formulera la prescription suivante :

| | |
|---|---|
| Pâte de zinc.................. <br> Résorcine finement pulvérisée... | āā 20 parties |
| Ichthyol...................... <br> Vaseline...................... | āā 5 — |

*M*, pour une pâte.

Avec cette pâte on enduit la peau du visage, deux fois par jour, dans tous les points malades. La première fois il se forme une croûte cornée noirâtre avec sensation de brûlure plus ou moins intense qui s'atténue avec les frictions ultérieures. Pour les malades sensibles à la douleur, on peut ajouter 2 à 5 p. 100 d'anesthésine à la pâte. Du côté du système pileux et des muqueuses, particulièrement sur les paupières, on doit étendre la pommade légèrement avec un doigt sec, comme avec une estompe, parce que sans cela, après la cure exfoliante, les parties exfoliées forment un contraste trop violent avec les parties non traitées. Dans l'acné rosacée circonscrite, pour obtenir de bons résultats, le traitement devra être généralisé à la face tout entière. Au bout de trois jours de ce traitement, appliqué matin et soir, la croûte cornée est assez épaisse pour s'enlever en entier comme une feuille de papier écolier. En tout cas, il convient, du quatrième au septième jour, de faire un badigeonnage avec une préparation gélatineuse zinc-ichthyol, pour servir de couche protectrice provisoire. Le septième jour, quand la pellicule foliée est tombée, la peau du visage est plus nette, plus fine, plus mate.

La seule contre-indication à la cure exfoliante, est l'idiosyncrasie pour la résorcine, qui s'observe dès le premier jour et est caractérisée par une forte brûlure, un gonflement de la peau et la formation de vésicules. Quand ces cas se présentent, ce qui est rare, il faut enlever immédiatement la couche de pâte et appliquer une couche épaisse de farine jusqu'à ce que l'enflure et les vésicules aient disparu.

Si l'on veut, sur la demande de malades, transformer cette méthode de cure exfoliante en traitement ambulatoire, il faudra diluer la pâte avec de la vaseline, comme dans la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Pâte de zinc..................... | ââ 20 parties |
| Résorcine finement pulvérisée..... | |
| Vaseline........................ | 10 — |

La pâte est employée seulement la nuit, on l'essuie le matin

et on met une couche de poudre cuticolore par-dessus et le soir, au lavage, il se détache des lamelles épidermiques. Pendant une telle cure, le teint n'est naturellement pas précisément irréprochable au point de vue esthétique.

Pendant le traitement de l'acné rosacée, on devra déjà se préoccuper de quelques autres affections séborrhéiques et les faire disparaître peu à peu. A ce point de vue, on portera surtout ses soins sur l'alopécie séborrhéique et la blépharite ciliaire. Dans tous les cas de rosacée, spécialement chez les femmes, on fera laver la tête, et on fera attention aux squames, aux plaques eczémateuses circonscrites et à l'alopécie. Dans les cas légers, l'emploi d'une pommade sulfureuse et des lavages fréquents suffisent; mais si les pellicules et si la chute des cheveux sont considérables, il faudra recommander la friction avec la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Onguent sulfuré.................. | ââ 20 parties |
| Onguent à la résorcine composé... | |

*M. s. a.* Pour une pommade.

L'onguent sulfuré a pour formule :

| | |
|---|---|
| Huile de cacao...................... | 30 parties |
| Huile d'amandes benzoïnée........... | 65 — |
| Soufre précipité.................... | 5 — |
| Essence de roses.................... | II gtt. |
| Extrait de violette................. | ââ XIV gtt. |
| Réséda et jasmin.................... | |

En présence d'une forte séborrhée on remplace avantageusement la pommade sulfureuse par la pâte de zinc soufrée.

| | |
|---|---|
| Pâte de zinc soufrée..................... | 20 gr. |
| Onguent à la résorcine composé.......... | 10 » |

*M. s. a.* Pour pommade.

Ces pommades sont appliquées tous les jours sur le cuir chevelu et au bout de quelques jours, on essaie, par un lavage, de se rendre compte de la chute des cheveux et de l'état du cuir chevelu. On pourra constater, d'un lavage à un autre, une amélioration continue.

La blépharite ciliaire exige, puisque la conjonctive ne tolère pas le soufre, l'emploi d'ichthyol ou d'oxyde d'hydrargyre ou de résorcine. Comme base des pommades ophthalmiques, on se sert de pommade de zinc, à laquelle on combine un seul de ces médicaments on bien on en ajoute de 2 à 5 p. 100 de chacun d'eux. Avant de se coucher on enduit légèrement les cils des paupières fermées avec cette pommade. Si les cils sont revêtus de croûtes tenaces, on applique des enveloppements de Priessnitz avec une infusion de camomille ou de 1 p. 100 de solution de résorcine. Contre la conjonctivite qui accompagne presque toujours la blépharite, il est à recommander l'instillation d'une solution de pyroloxine.

| | |
|---|---|
| Pyroloxine | 0,01 à 0,05 |
| Eau boratée | } ââ 5 |
| Eau dite de fenouil | } |

On peut aussi guérir les conjonctivites chroniques avec cette solution.

(La pyroloxine est un produit d'oxydation du pyrogallol préparé par la pharmacie Schwan, de Hambourg.)

---

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 10 JUIN 1908

Présidence de M. PATEIN.

### Discussions.

I. — *La purgation dans la thérapeutique des maladies mentales,* par M. MARIE.

J'ai lu et relu l'intéressant travail de M. Burlureaux. Je l'ai lu d'abord tout d'une traite, comme je lis tous les ouvrages de cet auteur, dont j'apprécie les qualités littéraires. Déjà, quand a paru l'article « Epilepsie » du Dictionnaire de Dechambre, j'avais été frappé par la clarté de style du signataire de cet article, et quand parut, il y a deux ans, le livre de M. Burlureaux intitulé *La lutte*

*pour la Santé*, je me suis empressé de lire ce travail, persuadé que ce serait pour moi une véritable récréation. La correction du style, le soin de la composition ne se sont pas démentis dans le livre sur la *Purgation*, dont l'étude est à l'ordre du jour à notre Société.

Dois-je vous l'avouer ? A la deuxième lecture je me suis senti troublé. Car, enfin, si M. Burlureaux avait raison dans sa manière de comprendre les origines des troubles nerveux chez les malades aliénés ou névropathes ! Si, comme il le croit, la théorie de l'auto-intoxication ne reposait sur rien de sérieux ! Si les troubles mentaux sont dus moins à des toxines empoisonnant les cellules cérébrales, qu'à des réflexes partant des organes les plus variés ! Si les états gastriques qui accompagnent presque toutes les névroses, qui sont si fréquents chez les aliénés, ne sont que secondaires ! Si la constipation elle-même n'est autre chose qu'un symptôme de l'ébranlement nerveux de tout l'organisme, pouvant être amené par des écarts de régime sans doute, mais aussi par des émotions, par la fatigue, par un choc quelconque ! Si ces idées, fort orginales et, je dois le dire, fort bien défendues par l'auteur, étaient l'expression de la vérité, ne faisons-nous pas de la très mauvaise besogne en nous acharnant, comme nous le faisons, dans le traitement des aliénés, contre les symptômes gastriques et, en particulier, contre la constipation ? N'avons-nous pas tort de purger nos malades à outrance parce qu'ils ont la langue sale, et n'ajoutons-nous pas à leurs misères en provoquant le choc intestinal dénoncé par M. Burlureaux ? La question vaut vraiment la peine d'être étudiée.

Mais pour la traiter à fond, il faut que je vous expose la théorie de notre confrère et que j'emprunte ses propres expressions. Je lis à la page 113 : « Le danger des purgations et de leurs succédanés, et la manière constante dont ce danger est en proportion, tout ensemble avec le plus ou moins d'énergie évacuatrice de l'agent et avec le plus ou moins de vulnérabilité du sujet, tout cela ne nous est pas seulement démontré par l'expérience clinique de chaque jour : tout cela apparaît évident et s'explique le

plus naturellement du monde, si l'on veut bien songer que toutes les interventions purgatives sont autant de *chocs* portant sur l'intestin...

« Tout le monde sait combien le titillement de l'intestin provoqué par le ver solitaire peut, chez l'homme le plus vigoureux, avoir des retentissements lointains et causer des troubles imprévus et divers. Ceci étant, comment l'action d'un agent purgatif, au moins aussi agressive que le ver solitaire, pourrait-elle se produire sans provoquer dans l'intestin et dans tout l'organisme des effets analogues ? Et, en vérité, elle les y provoque toujours à un degré quelconque, depuis le malaise passager de l'homme bien portant, qui échappe à l'observation médicale, jusqu'aux cas extrêmes dont j'ai donné quelques exemples typiques. Toujours une secousse brutale de l'intestin ou une série de petites secousses fréquemment répétées amènent ou entretiennent des troubles nerveux plus ou moins importants. Mais surtout ils les amènent chez les personnes dont le système nerveux est particulièrement vulnérable... Qu'il s'agisse d'un traumatisme, d'un coup sur la tête, d'une chute occasionnant une fracture... d'un empoisonnement accidentel par les champignons, d'une irritation lente et prolongée de l'estomac sous l'effet d'une nourriture mal appropriée ; ou bien encore qu'il s'agisse d'une émotion morale violente, ou de chagrins prolongés : tout cela frappe le système nerveux, le trouble et le déséquilibre, et dès lors la maladie s'installe d'une façon plus ou moins apparente et bruyante, avec des symptômes plus ou moins localisés dans telle ou telle région ; d'après les prédispositions de chaque individu et d'après l'espèce de l'agent perturbateur. Et, entre ces symptômes infiniment variés, l'un des plus fréquents est la constipation. De telle sorte qu'en voulant s'attaquer directement à ce symptôme, on ne fait qu'ajouter un choc aux autres causes de maladie déjà existantes. On aggrave la constipation, bien loin de la guérir, et on risque encore, par surcroît, d'aggraver les autres symptômes morbides issus de la même cause ou d'en faire surgir qui n'existaient point jusqu'alors. »

C'est le résumé en quelques lignes de tout un corps de doctrine qui mériterait une discussion approfondie. Et voilà une page éminemment suggestive. Mais pour préciser, prenons le cas d'un de ces malades comme nous en voyons tous les jours, qui sont atteints de folie périodique. Tout à coup, du jour au lendemain, d'une heure à l'autre, ils sont pris de folie soit à forme mélancolique, soit à forme hypocondriaque : c'est le cas le plus fréquent. Puis ils restent ainsi pendant des semaines et des mois, jusqu'au jour où, sans qu'on sache pourquoi, leur délire disparaît comme il était venu, brusquement, pour revenir à époque fixe l'année suivante ou deux ou trois ans après. Or, quand on examine bien ces malades, on voit qu'en même temps que s'installe le trouble mental, le système nerveux digestif est profondément troublé : les malades perdent d'un jour à l'autre l'appétit; d'un jour à l'autre ils deviennent constipés; ils maigrissent rapidement. Comment interpréter tous ces phénomènes? Est-ce le trouble mental qui provoque une perturbation du système nerveux intestinal? ou inversement, est-ce le fonctionnement devenu subitement défectueux de l'intestin de l'estomac, qui amène une sorte d'auto-intoxication et engendre des toxines allant se fixer dans les cellules cérébrales et provoquent le trouble mental? Si cette deuxième interprétation est la seule vraie, il est clair que toute la thérapeutique devrait être dirigée dans le sens de la *désinfection* intestinale, qu'on se figure atteindre par l'usage des purgatifs et des antiseptiques. Mais si c'est le système nerveux cérébral qui entre en scène tout d'abord et si les troubles intestinaux ne sont que deutéropathiques? Alors nos purgations courent évidemment le risque d'aggraver le mal, d'entretenir une perturbation de l'économie, et c'est M. Burlureaux qui a raison en nous disant de ne pas purger nos malades malgré leur langue sale, malgré la constipation, malgré leur état gastrique.

Or, si l'on veut bien étudier chronologiquement l'apparition des symptômes morbides, on voit que ce n'est pas toujours la théorie de l'auto-intoxication qui est la vraie. Les troubles mentaux peuvent apparaître subitement et les troubles digestifs n'apparaître

que quelque temps après. Cela seul suffit à démontrer que ce n'est pas fatalement le trouble digestif qui amène le trouble mental. J'ai choisi à dessein ce cas de bouffée de délire survenant brusquement et s'accompagnant d'état gastrique. Chez les aliénés on voit très souvent un état gastrique accompagner les troubles mentaux, mais on ne parvient pas à débrouiller le chaos et à déterminer le processus initial, tandis que chez les malades à folie périodique, on parvient, dans une certaine mesure, à surprendre la succession des processus morbides.

Est-ce à dire qu'il n'y ait pas à s'inquiéter d'états gastriques chez les aliénés? Telle ne serait certainement pas la conclusion de M. Burlureaux, pas plus qu'elle n'est la nôtre. Et tous les cliniciens, quelle que soit leur théorie, s'accordent à dire qu'il faut surveiller de près le régime des aliénés, celui des épileptiques et des paralytiques en particulier, et qu'il faut chercher à entretenir chez eux la liberté du ventre. La question est de savoir si « cette précieuse liberté » est obtenue par les purgations. M. Burlureaux le nie, mais il donne au quatrième chapitre de son livre tout un ensemble de moyens destinés à reconquérir ladite liberté sans recourir aux purgations. Nous avouons que nous sommes enclins à le suivre dans toutes ses déductions et qu'il est parvenu à nous convaincre que ce n'est pas dans les purgations et les grands lavages intestinaux qu'est le seul salut pour l'entretien de la liberté du ventre.

En résumé, nous admettons avec lui : 1° que chez les malades mentaux les troubles intellectuels ne sont pas toujours la conséquence d'une auto-intoxication intestinale ; 2° qu'il faut cependant surveiller de très près le régime des aliénés pour leur éviter de nouvelles perturbations, partant d'un estomac ou d'un intestin irrité ; 3° mais que ce n'est pas par des purgations ni des manœuvres brutales sur l'intestin que l'on parvient, chez eux, à régulariser le fonctionnement de l'estomac et du tube digestif.

En utilisant ces données, je me réserve de faire dans l'avenir quelques essais d'abstention des purgatifs chez mes délirants porteurs d'état gastrique, et, dans quelques mois, de dire [à la

Société ce que deviennent ces malades; en d'autres termes, s'ils paraissent guérir plus vite ou moins vite que ceux que la thérapeutique classique et séculaire condamne à l'usage des purgations. Car vous savez que de tout temps, depuis l'ellébore, la purgation a été en grand honneur pour les aliénés.

Mais je m'aperçois que je me laisse aller à soulever un des plus graves problèmes de la pathologie générale : « les rapports des troubles mentaux et des troubles digestifs. » Ne croyez-vous pas, Messieurs, que ce problème, cent fois posé et non encore résolu, mériterait de la part de la Société de Thérapeutique une large discussion?

Pour en revenir au livre de M. Burlureaux, qui a été le point de départ de cette excursion dans le domaine de la haute pathologie, je dirai que ce travail m'a beaucoup fait réfléchir et qu'un grand nombre des questions qu'il aborde mériterait d'attirer l'attention de notre Société. Telle est, par exemple, l'obsession des constipés et la psychothérapie recommandable à ces obsédés...

Je vous signale enfin la dernière page du livre, la question qui donne tout un programme d'études que la Société de Thérapeutique aurait intérêt à aborder :

« Quand la purgation, dit l'auteur, sera déchue du rang exceptionnel qu'elle partageait naguère avec la saignée, et que maintenant elle est seule à occuper, il en sera d'elle comme de la saignée, dont c'est maintenant que nous commençons à reconnaître quels précieux services elle peut rendre dans certains cas particuliers. » On ne saurait mieux dire; mais c'est à chacun de nous d'apporter des matériaux qui permettront un jour de faire un travail précis, méthodique et véritablement scientifique, non pas sur les dosages, mais sur les indications de la purgation.

### II. — *Entérite d'origine thérapeutique,*

par M. P. Gallois.

Depuis ma dernière communication, j'ai eu deux nouvelles observations d'entérite glaireuse à la suite de lavements.

Dans l'une, il s'agissait d'une femme atteinte d'ulcère de l'esto-

mac avec entérite glaireuse et sable intestinal, que j'avais soignée au mois de février, mais qui m'avait quitté parce que je ne lui donnais pas assez de médicaments. Elle fut alors servie à souhait, car en un mois et demi elle en dépensa pour 700 francs et vit une douzaine de médecins. Le résultat de cette belle thérapeutique fut une hématémèse formidable. Jé fus rappelé auprès de la malade exsangue et cette fois je pus obtenir un peu plus de modération dans l'emploi des médicaments. Cependant, à un moment donné, la malade étant constipée et se plaignant de coliques, je lui permis de petits lavements de 50 grammes d'huile et des lavements à la gélatine. Mais je dus les interrompre bientôt car cela suffit à faire réapparaître des glaires et même du sable et à exagérer les coliques.

Dans l'autre observation, il s'agit d'un monsieur que j'avais soigné cet hiver pour une pneumonie et qui continuait à me consulter pour de la dépression consécutive. Un de ces jours, il m'apporta un petit flacon contenant des glaires intestinales que sa femme avait rendues. Ne croyant pas tomber si juste, je lui dis : « Elle a pris un lavement. » — Oui, me répondit-il, elle en a même pris plusieurs. Mais elle était restée quatre jours sans aller à la selle, et comme elle a eu autrefois de l'entérite, on lui a conseillé de ne jamais rester constipée. Elle a même fait une année une cure à ..... où elle a pris des grands lavages intestinaux. Jamais elle n'a été aussi malade, mais le médecin lui a dit que cela ne faisait rien, qu'il fallait continuer et que l'effet du traitement ne se produirait guère qu'un mois après son départ de la station. Et cela est arrivé comme on le lui avait dit. » Vous savez que je n'interpréterais pas les faits de la même façon.

Ce qui est remarquable, c'est que l'apparition de ces glaires est considérée par des malades, des pharmaciens et même des médecins comme un phénomène favorable. Il en est d'elles comme de la sérosité du vésicatoire. Quand un vésicatoire a produit une belle cloque, les malades supposent qu'ils avaient « toute cette eau dans le corps » et que ce vésicatoire l'a soutirée. De même beaucoup de personnes croient que les glaires sont préformées soit

dans l'intestin soit dans telle ou telle autre partie de l'organisme et que les purgatifs ou les lavements ont pour utilité de les extraire. On voit souvent les réclames pharmaceutiques vanter cette propriété particulière et faire l'éloge de la médication anti-glaireuse. Il y a là une erreur fort préjudiciable aux malades.

Certains auteurs considèrent l'entérite glaireuse comme une névrose. J'irais plus loin et je dirais volontiers que l'entérite membraneuse est une maladie mentale. J'entends par là qu'elle n'est pas causée par la constipation ou par la dyspepsie ou par telle ou telle autre altération organique, mais qu'elle résulte d'idées fausses et de terreurs imaginaires. Les malades s'effraient de leur constipation et deviennent de véritables monomanes de thérapeutique. Il leur faut des traitements de plus en plus énergiques dont le résultat est de créer et de cultiver l'entérite. C'est donc un traitement mental qu'il faut appliquer à cette maladie : il faut convaincre les malades que la constipation n'est pas aussi dangereuse qu'on l'a dit et les déshabituer de leur manie.

Ce n'est pas toujours facile, mais si parfois on est contraint de céder à leurs désirs, il faut s'efforcer de les retenir dans la bonne voie plutôt que de les entraîner dans la mauvaise. Mais pour cela il faut que le médecin lui-même commence par se rendre compte des inconvénients des purgations et des lavements. La Société de Thérapeutique me semble actuellement travailler à les éclairer.

---

# CARNET DU PRATICIEN

## Traitement de la colique hépatique

(A. ROBIN.)

Mettre au lait pendant deux à trois jours après la colique (lait écrémé de préférence) et cela tout simplement parce que le malade manque d'appétit pour une autre alimentation, parce que l'estomac ne tolérerait pas une autre nourriture. Mais au bout de trois jours, ou plus exactement dès que l'appétence existera pour

une autre alimentation, supprimer le lait, qui a l'inconvénient d'être un sédatif de la fonction hépatique, alors qu'il faut l'exciter au contraire ; permettre les pâtes alimentaires cuites à l'eau salée et additionnées à table de beurre frais; des purées de légumes préparées de la même façon; des œufs à la coque, des crèmes, des fruits cuits. A partir du quatrième jour, le malade prendra un peu de poisson bouilli, puis bientôt du poulet rôti, sans sauce.

En principe éviter l'injection sous-cutanée de *morphine*, car il n'est pas certain qu'elle ne contrarie pas par son action brusque la migration des calculs en agissant rapidement.

Commencer par administrer toutes les demi-heures et jusqu'à concurrence de deux à trois une cuillerée à soupe de :

| | | |
|---|---|---|
| Bromure de potassium........... | | 6 gr. |
| Chlorhydrate de morphine........ | ââ | 0 » 05 |
| Extrait aqueux de belladone...... | ââ | 0 » 05 |
| Sirop d'éther.................... | | 30 » |
| Eau distillée de laurier-cerise..... | | 10 » |
| Hydrolat de valériane............ | | 110 » |

*F. s. a.* une potion.

En même temps appliquer sur la région du foie un carré de flanelle imbibé de :

| | | |
|---|---|---|
| Chloroforme........................ | | 20 gr. |
| Extrait de belladone.................. | ââ | 4 » |
| — de jusquiame.................. | ââ | 4 » |
| — de cannabis indica............ | ââ | 4 » |
| Baume tranquille..................... | | 80 » |

*F. s. a.* un liniment. Usage externe.

Donner un *lavement d'eau bouillie* à la température de la chambre, ce lavement a le double avantage d'être évacuant et cholagogue.

Si par ce moyen on ne réussit pas à calmer la douleur, on devra recourir à l'*injection sous-cutanée de morphine*, aux *bains sédatifs*, ou à la préparation (formule de Manquat) :

| | |
|---|---|
| Sirop de chloral...................... | ââ 30 gr. |
| Glycérine........................... | |
| Eau chloroformée saturée............ | ââ 50 gr. |
| Eau de tilleul........................ | |

*M. s. a.* dont on prendra une cuillerée à soupe tous les quarts d'heure jusqu'à cessation de la douleur.

Beaucoup de médecins recommandent dans ces cas aux malades de boire de l'*huile d'olives*, mais elle n'est pas toujours tolérée, outre qu'elle est très souvent inefficace.

On a proposé l'*éther amyl-valérianique* qui aurait la propriété de dissoudre la cholestérine ou tout au moins de la rendre molle comme la gélatine et de diminuer le spasme des voies biliaires :

| | |
|---|---|
| Valérianate d'amyle.................. | 0 gr. 60 |
| Huile d'amandes douces............... | 8 » |
| Gomme arabique pulvérisée........... | 5 » |
| Sirop de coings...................... | 30 » |
| Eau distillée......................... | 60 » |

*F. s. a.* une potion à prendre en une seule fois dans un demi verre d'eau ou de lait (formule de Pouchet).

Pour faciliter l'expulsion du calcul, prendre avant les repas dans un verre à bordeaux *d'eau de Vichy* (Hauterive) une cuillerée à café de *glycérine* neutre et VIII gouttes d'extrait fluide de *Combretum Rambaultii* ou Combretine doué d'un puissant pouvoir cholagogue.

S'arrêter s'il survient au niveau du foie une sensation de picotement, de pincement, de tiraillement.

Faire en saison favorable une *cure à Vichy*. Si le déplacement n'est pas possible, suivre le traitement à domicile avec de l'eau de la source d'*Hauterive* : 400 grammes en deux fois à une demi-heure d'intervalle, trois quarts d'heure environ avant le repas de midi et 250 grammes avant le dîner. Cette cure durerait vingt et un jours. CH. A.

### Traitement de la tuberculose pulmonaire.

(RÉNON.)

En dehors de leur action propre, les médicaments ont une

action psychique intense. C'est parce que la pratique a montré que la durée de cette action psychique ne dépasse guère trois semaines que M. Rénon estime indispensable de varier la médication tous les vingt-cinq jours, sans changer pour cela le principe du traitement.

Celui-ci doit comprendre une série de vingt jours de *traitement principal, traitement basal,* séparé par cinq jours de *traitement opothérapique* associé.

**Première période** de vingt jours. Faire prendre :

*a*) Le matin au petit déjeuner une cuillerée à soupe de :

| | |
|---|---|
| Arséniate de soude.................... | 0 gr. 05 |
| Eau distillée........................ | 300 » |

Dissolvez.

*b*) Avant le déjeuner et le dîner un des cachets (pour récalcification) :

| | |
|---|---|
| Carbonate de chaux................. | ââ 0 gr. 50 |
| Phosphate tricalcique.............. | |
| Protoxalate de fer................. | 0 » 01 |

Pour un cachet.

*c*) Injecter tous les six jours, 5 cc. d'*Hémoplase* (extrait protoplasmique des cellules du sang), soit trois injections dans la période des vingt jours. Il importe de ne pas donner de médicaments le jour de l'injection. Celle-ci ne serait pas renouvelée au cas d'élévation de la température au delà de trois dixièmes de degré et en cas d'apparition d'urticaire, car dans ces cas l'hémoplase serait plus nuisible qu'utile.

*Première période* de cinq jours *d'opothérapie associée,* prendre :

*a*) Au déjeuner et au dîner une cuillerée à soupe de :

| | |
|---|---|
| Solution d'adrénaline (à 1 pour 1000).... | X gt. |
| Eau distillée.......................... | 150 gr. |

*M. s. a.* ce qui fait II gouttes d'adrénaline par jour.

*b*) Au petit déjeuner et au repas du soir ;

| | |
|---|---|
| Poudre totale d'hypophyse de bœuf...... | 0 gr. 10 |

Pour un cachet.

Surveiller, pendant cette période, l'état de la tension artérielle. Si celle-ci dépassait 17 centimètres de mercure, cesser la médication.

**Deuxième période** de 20 jours. Prendre :

1° Le matin au petit dejeuner V gouttes de :

| | |
|---|---|
| Liqueur de Fowler | 5 gr. |

2° Au déjeuner et au dîner un des cachets ;

| | |
|---|---|
| Glycérophosphate de chaux | 0 gr. 25 |
| — de fer | 0 » 02 |
| Carbonate de chaux | 0 » 50 |

Pour un cachet.

3° Tous les six jours, faire une injection de 10 cc. d'*Hemoplase*, soit trois injections dans cette seconde période de 20 jours. Avoir toujours soin de ne pas donner de médicaments le jour de l'injection.

*Deuxième période* de cinq jours d'*opothérapie associée.*

Cette période est la répétition de la première, c'est-à-dire qu'elle comprend chaque jour deux cuillerées à soupe de la solution d'adrénaline, puis 0 gr. 20 de *poudre d'hypophyse.*

On peut remplacer l'adrénaline par deux cachets de 0 gr. 10 chaque de *poudre totale de capsule surrénale.*

**Troisième période** de vingt jours. Prendre :

1° Le matin au petit déjeuner un des cachets ;

| | |
|---|---|
| Acide anydro-oxyméthylène-diphosphorique (phytine) | 0 gr. 50 |

Pour un cachet.

2° Au déjeuner, une cuillerée à dessert, dans un peu d'eau, de :

| | |
|---|---|
| Chlorure de calcium | 6 gr. |
| Eau distillée | 300 » |

*M. s. a.* La cuillerée a dessert représente 0 gr. 30 de *chlorure de calcium.*

3° Au dîner un des cachets :

Poudre de moelle osseuse.............. 0 gr. 15

Pour un cachet.

Dans cette période ne pas faire d'injection d'hémoplase.

*Troisième période* de cinq jours *d'opothérapie associée.*

Répétition des deux précédentes avec l'adrénaline ou la surrénale et l'hypophyse.

Cela fait une *médication de soixante-quinze jours, soit de deux mois et demi.*

On peut, si on le juge utile, intercaler dans chaque période de la médication, le *tannigène* (par cachets de 0 gr. 25 matin et soir); le *thiocol* (même dose); les *cacodylates* (injections de 0 gr. 05 tous les deux jours); l'*atoxyl* (composé arsenical, par cachet de 0 gr. 05, un par jour); le *sirop hépatique* de Triboulet (deux cuillerées à soupe par jour, chaque cuillerée représentant 50 gr. d'organe hépatique de jeune veau); la *paratoxine* de Lemoine et Gérard (extrait de bile dissous dans l'éther de pétrole en dragées ou en injections sous-cutanées profondes).

L'intervalle de cinq jours d'opothérapie associée peut être rempli par toute autre médication.

Cette méthode des médications analogues succesives est celle qui permet de joindre à l'action maxima du médicament le maximum de l'action psychique qui l'accompagne.

Le traitement ne saurait être uniforme, il doit se modifier selon chaque cas particulier.

CH. A.

---

*Le Gérant :* O. DOIN.

PARIS. — IMP. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

# LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## TREIZIÈME LEÇON.

**Traitement de la gastrite chronique et de l'anémie pernicieuse d'origine gastrique,**

par le Professeur ALBERT ROBIN,
de l'Académie de médecine.

I

La question des gastrites chroniques semble une des plus embrouillées de la pathologie comme de la thérapeutique. Vous n'avez, pour vous en rendre compte, qu'à consulter les livres classiques, même spéciaux, ou à suivre un service de médecine dans les hôpitaux. J'espère vous démontrer cependant que la question n'est pas aussi compliquée qu'elle le paraît, et que nous disposons de quelques moyens pour la résoudre.

Voici une cuisinière, âgée de quarante-neuf ans, dont l'étude va nous fournir de grands enseignements. Cette femme m'a été présentée avec le diagnostic de cancer de l'estomac. Avec la teinte jaunâtre de ses téguments, son dégoût pour toute nourriture, l'amaigrissement, des vomissements, la sensation de rénitence qu'on perçoit en palpant le creux épigastrique, le diagnostic, porté par mon chef de clinique et par mon interne, semblait parfaitement justifiable. Mais, en l'examinant moi-même, j'ai remarqué que son teint était plutôt cireux que jaune-paille, que la rénitence épigastrique tenait à la contraction des muscles droits de l'abdomen et à une distension simple de l'estomac, que l'amaigrissement, si prononcé qu'il fût, était hors de proportion avec la déchéance de l'état général, d'où un doute sur le diagnostic et la nécessité d'un examen plus approfondi.

Cette femme est une alcoolique de vieille date, avec pituites, rêves professionnels, tremblements, etc. Du reste, [illegible] goût pour la boisson. Elle est tombée [illegible] ans. Après une période de pituites matinales [illegible] et plus abondantes, d'anorexie, de [illegible] après ses faibles repas, elle fut prise [illegible] incoercible qui dura 7 mois. Quand celle-ci [illegible] les symptômes gastriques persistèrent encore [illegible] près d'une année. Son poids, durant cette longue [illegible] tomba de 82 à 50 kilos.

[illegible] tout disparut peu à peu; elle revint à la santé et [illegible] 66 kilos. Mais, reprenant ses habitudes alcooliques dans une place très dure où elle avait, dit-elle, besoin de stimulant, elle retombe après huit mois, toujours par l'intestin, non plus avec de la diarrhée continue, mais avec une constipation tenace, coupée de temps à autre par des débâcles diarrhéiques, de l'anorexie totale, des crampes d'estomac et de pénibles fermentations gazeuses. Elle traîne plusieurs mois chez elle, traitée sans succès par divers médecins, et quand elle entre dans nos salles, elle ne pèse plus que 46 kilos.

Regardez-la. Son teint est jaune cireux; sa figure est comme bouffie; toutes ses muqueuses sont profondément décolorées. A l'auscultation des vaisseaux du cou, on entend un double souffle musical. Le premier bruit du cœur est prolongé avec ébauche de souffle au niveau de l'orifice pulmonaire.

Elle se plaint surtout de deux choses : d'abord d'une pénible et constante sensation de fatigue, ensuite d'un absolu dégoût pour la nourriture. Le peu d'aliments qu'elle ingère lui cause des malaises, des lourdeurs, des décharges gazeuses par la bouche et par l'anus. Elle n'a de bien-être

relatif et passager qu'après ses vomissements, non constants d'ailleurs, et formés d'aliments non digérés et des mucosités.

L'estomac est considérablement distendu par des gaz; il descend au niveau de l'ombilic. Cette distension donne, suivant son degré, tantôt l'impression d'une tumeur, tantôt celle d'une simple rénitence; mais ces impressions tactiles disparaissent après les grandes éructations gazeuses.

Du côté de l'intestin, constipation prononcée, distension du cæcum et de l'angle gauche du colon, coprostase cæcale et iliaque.

Le foie paraît normal. La rate semble très légèrement augmentée de volume. La température subit fréquemment, le soir, une légère élévation de quelques dixièmes de degré, mais n'atteint que rarement 38°.

## II

Quel *diagnostic* faut-il porter ?

Trois hypothèses étaient discutables. On pouvait songer au *cancer de l'estomac*, — et c'est à ce diagnostic que se sont ralliés aussi les candidats au Bureau central auxquels j'ai fait examiner la malade, — à la *gastrite chronique alcoolique*, et encore à une anémie grave, à l'*anémie pernicieuse* indiquée par les caractères du teint, la décoloration des muqueuses et la déchéance profonde des forces.

1° J'écarte l'hypothèse du *cancer de l'estomac ou de l'intestin*. Pas de tumeur, pas de rénitence vraie, teint cireux et non jaune-paille, pas d'hématémèses, distension stomacale purement gazeuse et sans stase, pas d'adénopathie sus-claviculaire, longue durée de la maladie (3 ans) avec une période d'intermission de 8 mois de durée, pendant laquelle il y eut

un retour à la santé et une augmentation de poids de 10 kilos, voilà qui n'est guère habituel au cancer de l'estomac.

2° L'*examen du contenu stomacal*, après repas d'épreuve, nous fournit un nouvel argument contradictoire. Voici ses résultats : 30 cc. d'un liquide incolore, inodore, renfermant de gros paquets de mucus, neutre, avec de l'albumine coagulable par la chaleur, des traces de peptones, une bonne digestion des féculents, absence totale de pepsine et de ferment lab.

Ces caractères appartiennent aux périodes avancées de la gastrite chronique. Il est exceptionnel que le contenu gastrique soit neutre dans le cancer et que le ferment lab fasse défaut, et la pepsine n'y manque que dans un quart des cas.

3° L'*examen du sang* a été pratiqué par M. Dominici dont on connaît la compétence en hématologie. Voici le résumé de la note qu'il nous a remise :

| | Sang de notre malade. | Normal (femme). |
|---|---|---|
| Globules rouges........ | 1.000.000 | 4.500.000 |
| — blancs........ | 800 | 4.000 |
| Hémoglobine........... | 3 % | 12.50 à 13 % |
| Pourcentage leucocytaire. | | |
| Polynucléaires neutrophiles............... | 50 | 58 à 65 |
| Polynucléaires éosinophiles................ | 5 | 1.50 |
| Mastzellen.............. | 0.25 | 0.35 |
| Mononucléaires......... | 44.75 | 35 à 40 |

L'état hématologique est celui de l'anémie pernicieuse progressive, caractérisée par :

α. Une diminution de l'hémoglobine moindre que celle du nombre des globules rouges;

β. La prédominance des globules rouges de taille géante;

γ. La diminution du nombre des leucocytes ;

δ. L'absence d'accroissement numérique des plaquettes;

ε. L'irrétractilité du caillot.

Ces caractères diffèrent de point en point de ceux du cancer qui fournit les résultats suivants :

α. Diminution de la quantité d'hémoglobine plus marquée que celle du nombre des globules rouges;

β. Les globules rouges de taille géante sont beaucoup moins nombreux que dans l'anémie pernicieuse;

γ. Le nombre des leucocytes est augmenté (de 10.000 à 20.000 et plus);

δ. Le nombre des plaquettes est considérablement accru;

ε. La rétractilité du caillot est parfaite.

4° Enfin, j'ai fait l'*analyse chimique du sang*, avec M. Bournigault. En voici les résultats :

| | NOTRE MALADE | ÉTAT NORMAL |
|---|---|---|
| Densité................. | 1.040 | 1.058 |
| Eau.................... | 893.269 | 776.46 |
| Résidu total (RT)........ | 106.731 | 223.52 |
| Résidu organique (RO)... | 97.563 | 214.44 |
| Résidu inorganique (RI). | 9.168 | 9.11 |
| Chlorures (en NaCl)..... | 6.820 | » |
| Hémoglobine............ | 3.350 | » |
| Azote total.............. | 14.458 | » |
| RI : RT................ | 8.59 | 4.08 |
| NaCl : RT.............. | 74.38 | » |

Etude clinique et analyse chimique s'accordent donc pour éliminer le diagnostic de cancer de l'estomac, et pour justifier celui de *gastrite chronique* et d'*anémie pernicieuse*.

Si nous faisions ici de la pathologie ou même de la clinique simple, nous devrions rechercher quels rapports existent entre ces deux affections. Il est des auteurs, comme Fenwick, Quincke, qui regardent la gastrite chronique comme la lésion fondamentale et initiale de l'anémie pernicieuse, tandis que d'autres considèrent la gastrite chro-

nique comme un épiphénomène ou une lésion secondaire.

Quoique l'étude des antécédents personnels de notre malade vienne à l'appui de la première opinion, je me garderai bien de me servir de cet argument pour décider sur cette relation de cause à effet, ni pour aborder la question de la *pathogénie* de l'anémie pernicieuse. D'abord, l'argument serait insuffisant; ensuite, vous savez le cas que je fais des théories, et toutes celles que l'on a avancées sont certainement inexactes ou tout au moins inutiles, puisque aucune d'elles n'a été suivie d'une sanction thérapeutique quelconque. Elles sont donc non avenues pour le praticien qui doit les écarter par la question préalable. Le rôle de celui-ci n'est pas de ratiociner et son malade n'a cure des mots origines du grec dont se satisfont les abstracteurs des systèmes. En demeurant dans ce qu'ils appellent dédaigneusement le terre à terre, c'est-à-dire en donnant à la médecine le but unique de soulager et de guérir, nous accomplissons une œuvre bien autrement élevée, parce qu'elle est humaine.

Donc, pas de pathogénie, pas de discussions sur les rapports que peuvent avoir les deux éléments morbides constatés chez notre malade; ce qui nous importe, c'est qu'ils existent et qu'ils réclament un traitement que nous allons essayer de leur constituer. Mais, auparavant, je veux vous exposer rapidement quelques considérations nécessaires sur ce que l'on doit entendre par gastrite chronique.

## III

Prenons simplement des faits. Quand on examine attentivement des malades atteints de gastrite chronique, on constate que l'immense majorité d'entre eux a souffert de troubles dyspeptiques bien longtemps avant que cette gastrite chronique ne se soit établie. On constate, en outre,

que la plupart ont présenté, à une époque donnée de leur affection, des symptômes qui auraient permis de les ranger successivement dans telle ou telle des formes dites classiques de la gastrite chronique. Ces divers faits comportent comme conclusion, d'abord que les gastrites chroniques reconnaissent, comme l'une au moins de leurs conditions génératrices, un état dyspeptique antérieur, ensuite que ce que l'on a appelé des formes cliniques, ne sont que des étapes évolutives de la même maladie.

Or, comment passe-t-on de la dyspepsie, maladie fonctionnelle, à la gastrite chronique, maladie avec lésion? Notons que le type dyspeptique initial le plus habituellement observé est l'hypersthénie gastrique.

Dans cette dernière affection, l'examen anatomo-pathologique de la muqueuse gastrique a révélé des modifications histologiques corrélatives de l'hyperfonctionnement. Les glandes de l'estomac sont augmentées de volume; elles croissent en largeur et en longueur au point de se contourner dans la profondeur de la muqueuse. Non seulement, les cellules glandulaires prolifèrent, mais elles sont aussi plus volumineuses et quelquefois binucléées.

Ces modifications sont-elles la cause de l'hyperfonctionnement glandulaire, ainsi que le soutient l'École organicienne? Répondre oui, c'est comme si l'on disait que le biceps de lutteur est la cause de sa force. Elles sont l'expression du travail plus actif et longtemps prolongé des glandes gastriques, de même que le plus grand volume d'un biceps est la conséquence d'un exercice musculaire plus intense et plus soutenu. L'organe qui travaille s'hypertrophie en raison de son plus grand effort.

Traitez la dyspepsie à cette période d'hypertrophie purement fonctionnelle : elle guérira et la muqueuse gastrique

[illegible] aspect histologique normal, de même que le [illegible] verra diminuer le volume de ses [illegible] anatomique guérira par le seul fait du [illegible]

[illegible] hyperfonctionnement continue, qu'il porte à [illegible] puissance le développement des glandes, [illegible] moment où il n'y aura plus de place que pour [illegible] dégénérescence et pour l'hyperplasie conjonctive. [illegible] la véritable lésion commence. Les cellules glandulaires hypertrophiées à l'excès subissent les dégénérescences vasculaire et granuleuse; les cellules fixes se multiplient dans les espaces interstitiels, et des amas de cellules lymphatiques témoignent de l'activité réactionnelle du tissu conjonctif qui commence à proliférer.

A cette période, la maladie a été décrite comme une forme spéciale, sous la dénomination de *gastrite mixte* et de *catarrhe acide*, parce que l'hypersécrétion gastrique, quoique plus ou moins atténuée, persiste encore, et parce que les cellules et les glandes mucipares déversent, à la surface de la muqueuse, un mucus protecteur. C'est la période où l'on observe surtout l'ulcère rond qui nous occupera dans une prochaine leçon.

Arrivée à ce point, la gastrite chronique ou bien reste relativement stationnaire, en ce sens qu'elle ne progresse que d'une manière insensible et qu'elle est même susceptible d'une guérison relative, ou bien continue son évolution suivant deux modes différents.

Dans le premier, l'envahissement scléreux poursuit son œuvre, les glandes gastriques sont d'abord déchiquetées, puis enserrées par le tissu conjonctif de nouvelle formation ; elles finissent par s'atrophier et disparaître en tout ou partie. La muqueuse ne constitue plus qu'une trame conjonctive

inerte, avec des débris de glandes et des lésions vasculaires scléreuses : c'est la *gastrite atrophique*.

Dans le second mode, parallèlement à l'atrophie des glandes peptiques, il se produit une sorte d'hypertrophie de l'appareil muqueux superficiel de la muqueuse gastrique, avec exagération sécrétoire : c'est la *gastrite muqueuse*.

Comme je vous le disais tout à l'heure, c'est la dyspep-ie hypersthénique qui constitue, le plus souvent, l'étape initiale et fonctionnelle des lésions de la gastrite chronique. La stase gastrique, qui ajoute à la surexcitation fonctionnelle de la muqueuse l'irritation par les produits des fermentations, est l'une des causes efficientes de ce passage de la dyspepsie primitive à l'état de lésion, principalement sur les terrains prédisposés par l'alcoolisme, le rhumatisme, l'anémie et le neuro-arthritisme.

Dans d'autres cas plus rares, la gastrite chronique succède à la gastrite aiguë, aux gastrites toxiques ou aux gastrites infectieuses comme celle de la fièvre typhoïde. Elle peut être encore secondaire à un traumatisme ou à une autre maladie organique de l'estomac (cancer, tumeurs diverses, etc.). Elle est aussi la conséquence de la stase veineuse, dans certaines maladies du cœur, du poumon et du foie. Enfin, il n'est pas rare de la constater dans le mal de Bright ou dans des maladies de la nutrition comme le diabète et la goutte, et encore dans des infections, comme la tuberculose ; mais, surtout dans ces dernières affections, on peut bien souvent reconnaître l'hypersthénie gastrique comme le premier anneau de la chaîne morbide qui aboutit à la gastrite chronique (1).

(1) Voyez ALBERT ROBIN. *Les maladies de l'estomac*, 2e édition, p. 497, 1884, et ALBERT ROBIN et DUPASQUIER, *Société de Biologie*, 13 juin 1903.

Revenons à notre malade. Elle a présenté d'une façon indéniable tous les signes de l'hypersthénie gastrique. Bien avant la première crise survenue il y a trois ans, elle avait des crises gastriques presque quotidiennes, des réveils nocturnes avec sensation de transfixion stomacale, des vomiturilions matinales de liquides aigres. Elle dit même avoir souffert de l'estomac depuis l'âge de dix-huit ans, tout en gardant son excellent appétit. Puis, peu à peu, les boissons alcooliques ont surexcité la muqueuse gastrique déjà surmenée; le surmenage professionnel a amoindri la résistance organique, et les glandes peptiques hypertrophiées ont subi des dégénérescences, pendant que se sclérosait leur tissu conjonctif ambiant et que le trouble fonctionnel initial passait ainsi à la période lésionnelle.

## IV

Cliniquement, la gastrite chronique revêt trois apparences principales.

Il est des cas où elle n'a même aucune apparence clinique, et demeure absolument *latente* et insoupçonnée. Alors, elle est compatible avec un état de santé qui paraît excellent, parce que l'intestin est capable de suppléer exactement aux fonctions gastriques défaillantes. Mais que cette suppléance cesse de s'effectuer, par suite d'un dérangement intestinal quelconque, aussitôt la gastrite chronique se manifeste avec son cortège habituel de symptômes. Cela fut le cas chez notre malade qui a pu mener sa vie jusqu'au moment où la diarrhée entrant en scène a extériorisé la gastrite latente.

Le plus souvent, la gastrite chronique revêt une apparence *dyspeptique* et se caractérise par de l'anorexie, des digestions lentes avec sensation de pénible pesanteur après

les repas, renvois gazeux, état nauséeux, sensibilité épigastrique spontanée et augmentée par la pression, régurgitations alimentaires ou vomiturilions de liquides muqueux.

Dans le troisième cas, la symptomatologie personnelle de la gastrite chronique est accompagnée ou dominée par une anémie profonde revêtant l'expression d'une *anémie grave*, souvent de l'*anémie pernicieuse*. C'est ainsi que les choses apparaissent encore chez notre malade.

Je ne veux pas faire de théorie, après les avoir tant combattues, mais l'antécédence si nette des troubles dyspeptiques et l'insuffisance si prolongée dans la réparation qu'ils ont amenée, n'autoriseraient-ils pas à penser qu'en notre cas au moins, l'anémie pernicieuse est secondaire? Ne sait-on pas que les caractères hématologiques sont insuffisants pour distinguer les anémies pernicieuses protopathiques — si tant est qu'elles existent puisqu'on les désigne sous le nom d'*anémies pernicieuses cryptogénétiques* — des anémies pernicieuses secondaires. Entre les anémies graves et l'anémie pernicieuse, on trouve tous les termes de passage, et, en somme, l'anémie pernicieuse n'apparaît plus guère que comme un syndrome clinique sans limites précises et dépendant d'une destruction excessive des globules rouges du sang et d'une réparation insuffisante.

Tout ce qu'on peut dire de plus plausible, c'est qu'il est des cas où les organes hématopoïétiques ne tentent aucun effort pour réparer le sang (*anémie aplastique*), et d'autres plus nombreux dans lesquels se range notre malade, où les organes sanguificateurs réagissent encore quoique insuffisamment, ce dont on a la preuve par la présence dans le sang de formes globulaires embryonnaires (*anémie métaplastique*), cette même forme étant plus susceptible de guérison.

A ce syndrome on arrive par divers chemins, par l'in-

fection, par certaines lésions rénales, par la grossesse, par l'auto-intoxication, par la déminéralisation plasmatique, et probablement aussi par la misère physiologique qui crée à la longue la suppression de la digestion gastrique sans compensation intestinale suffisante.

Mais je ne veux pas aller plus loin pour ne pas verser dans la théorie, et je termine par une proposition pratique.

Il n'existe pas de *traitement de l'anémie pernicieuse*. Tous les essais fondés sur les théories ont successivement échoué : médication mercurielle, arsénicale, ferrugineuse, sudations répétées, saignées, opothérapie médullaire, sérums hémolytiques et hématopoïétiques, radiothérapie, transfusion du sang, etc., n'ont pas répondu aux espérances de leurs promoteurs. Alors, pourquoi continuer à prescrire les traitements inefficaces qu'indiquent des pathogénies chancelantes?

Laissons les savants du laboratoire poursuivre leurs ingénieuses recherches, et quand ils nous auront fourni les bases d'une thérapeutique pathogénique, nous serons heureux de l'appliquer à nos malades. Mais, en attendant, nous ne pouvons pas rester les bras croisés et nous devons traiter les malades qui se présentent. Pour cela, quelle doit être la ligne de conduite du praticien ?

Notre femme est atteinte à la fois d'une anémie grave et d'une gastrite chroniqne avec anorexie totale. Où est la médication urgente, sinon de réveiller son appétit et de suppléer à la nullité de l'action stomacale, en un mot, de traiter la gastrite chronique? Car, quand bien même nous aurions les moyens de traiter l'anémie pernicieuse, à quoi cela servirait-il si le malade est dans l'impossibilité de manger et de digérer? Donc, en pratique, c'est d'abord le traitement de la gastrite chronique qui s'impose. Si nous avons

la chance d'obtenir une amélioration, alors seulement nous chercherons des moyens de stimuler la réparation globulaire.

## V

Le traitement de la gastrite chronique comprend l'hygiène, la diététique, et les médications par les agents médicamenteux et par les agents physiques.

L'*hygiène* est simple. Manger lentement, bien insaliver les aliments, garder un repos relatif pour ne pas accroître les dépenses de l'organisme ; stimuler quotidiennement les fonctions de la peau et reflexement le système nerveux par un effleurage doux sur toute la surface du corps, suivi d'une légère friction à l'eau de Cologne.

La *diététique* peut être résumée en cinq règles :

1° Eliminer tous les aliments, quels qu'ils soient, qui sont pris avec répugnance et s'attacher seulement à ceux qui sont désirés ou acceptés sans difficulté.

2° Rechercher s'il y a de la stase gastrique et si l'intestin fonctionne régulièrement ou non. S'il n'y a pas de stase gastrique et s'il n'existe pas de signes d'un mauvais fonctionnement de l'intestin, prescrire une alimentation mixte; l'estomac n'étant plus qu'un lieu de passage où les aliments ne séjournent pas assez longtemps pour fermenter, et l'intestin se chargeant de la digestion totale.

Donner les aliments à leur maximum de division.

Insister, sauf répugnance du sujet, sur le bouillon du pot-au-feu, les potages aux pâtes, à l'orge, à la farine d'avoine, les œufs brouillés, les cervelles, les ris de veau, les viandes rôties hachées, sans sauce, les légumes verts cuits à l'eau, les farineux en purée, les pâtes alimentaires, les crèmes cuites, les compotes, le raisin frais.

Comme boisson, des eaux minérales stimulantes, légèrement gazeuses, *Vals* (Saint-Jean), *Pougues*, *Soultzmalt.*

3° S'il y a de la stase gastrique et un mauvais fonctionnement de l'intestin, s'en tenir aux féculents azotés (purées de pois, fèves, haricots, lentilles), aux pâtes alimentaires, et compléter la quantité d'azote nécessaire avec des peptones ou un peu de viande crue. En cas d'intolérance pour les aliments naturels, mais en ce cas seulement, user des aliments artificiels, tels que *somatose*, *aliment complet*, *nutrose*, *nucléo-peptone*, *poudre de viande*, etc.

4° Mais dans le cas où l'intolérance alimentaire est absolue, ou encore tant que l'anorexie est assez totale pour qu'aucun des aliments précédents ne soit accepté, ordonnez le *régime lacté absolu* avec les procédés nécessaires pour en assurer la tolérance.

5° Quelle que soit la formule alimentaire adoptée, les repas doivent être peu copieux, subordonnés comme quantité aux possibilités du malade, et répétés régulièrement toutes les trois heures, de 7 heures du matin à 10 heures du soir, avec un absolu repos jusqu'au lendemain matin.

## VI

Les règles essentielles du traitement médicamenteux sont :

1° De réveiller l'appétence à l'aide d'agents stimulants des glandes gastriques au cas où la muqueuse en contiendrait encore, la meilleure manière d'empêcher l'atrophie d'un organe étant d'exciter son fonctionnement;

2° De se servir de la cavité gastrique pour y faire une digestion artificielle quand la muqueuse est atrophiée, inerte et sourde à l'excitation médicamenteuse. De cette façon, les

aliments arriveront dans l'intestin déjà préparés à la digestion, et le travail de celui-ci est encore réduit d'autant ;

3° D'éviter la stase gastrique ;

4° De tenter de modifier l'état de la muqueuse gastrique.

Il est nécessaire d'avoir à sa disposition de nombreux *apéritifs*, car tel qui réussit dans un cas échoue dans un autre, et celui qui réussit perd rapidement son action. La *macération de quassia amara*, l'*élixir de Gendrin* à la dose d'une cuillerée à café dans un peu d'eau dix minutes avant le repas, l'infusion de *trèfle d'eau* à 4 p. 100, les diverses préparations de *condurango blanc* (teinture à la dose de X à XX gouttes, décoction à 15 grammes pour 200 grammes d'eau qu'on réduit par l'ébullition à 150 grammes, une grande cuillerée dix minutes avant le repas), le *tannate d'orexine* à la dose de 0 gr. 30 en un cachet, dix minutes avant le repas, tels sont les agents que j'emploie le plus habituellement, avec le *persulfate de soude* :

| | |
|---|---|
| Persulfate de soude .................... | 2 gr. |
| Eau distillée .......................... | 300 » |

*F. s. a.* Solution.

Prendre une grande cuillerée une demi-heure avant les repas. Suspendre dès que l'appétit reprend. Supprimer, en tout cas, après huit jours d'emploi, si l'effet a été nul.

La *médication digestive* doit varier d'après le régime que suit le malade.

S'il est au *régime mixte*, prendre par petites gorgées, dans la deuxième moitié des repas, un verre à Bordeaux d'une solution de 4 grammes d'*acide chlorhydrique pur* dans un litre d'eau ordinaire.

Toujours dans cette deuxième moitié du repas, échelonner la prise de quatre cachets renfermant chacun 0 gr. 50 de *pepsine extractive* à titre 100 et 0 gr. 10 de *maltine*.

Dix minutes après le repas, prendre 2 à 4 pilules kératinisées contenant chacune 0 gr. 10 de *pancréatine*.

Ne vous laissez pas influencer par la défaveur que les médecins de laboratoire ont jetée sur la pepsine à laquelle ils dénient non seulement tout pouvoir digestif, mais qu'ils accusent même d'entraver la digestion. L'observation thérapeutique se charge de leur répondre (1). Mais, de même qu'en ce qui concerne les apéritifs, il faut disposer de plusieurs ferments digestifs, car leur action s'épuise assez rapidement. Vous alternerez donc la pepsine avec la *papaïne* ou pepsine végétale qui a l'avantage de digérer environ 200 fois son poids d'albumine, et d'agir en milieu neutre ou même alcalin. Dans les gastrites chroniques, on l'administre en deux cachets de 0 gr. 10 à 0 gr. 25 chacun, l'un au milieu, l'autre à la fin des repas.

Quand les digestifs précédents demeurent inactifs, il nous reste la ressource de la *gastérine* de Frémont qui, à la dose de 150 grammes environ, rend de grands services dans les gastrites muqueuses et atrophiques, mais est contre-indiquée dans le catarrhe acide. Si elle cause des douleurs ou des nausées, on en cessera l'emploi.

Si le malade est au *régime des végétaux azotés*, la pepsine et la papaïne sont inutiles. Vous les remplacerez par un grand verre de *bière de malt* à prendre par petites gorgées au cours des repas, et vous prescrirez de prendre, avant de quitter la table, deux pastilles de *maltine* titrées à 0 gr. 10, et deux à quatre pilules kératinisées de *pancréatine*, de 0 gr. 10 chacune.

Enfin, si le malade est au *régime lacté absolu*, assurez-en la

(1) Albert Robin, *Les maladies de l'estomac*, deuxième édition, p. 400, 1904.

tolérance à l'aide des moyens qui vous seront indiqués quand nous nous occuperons du traitement de l'ulcère simple de l'estomac.

On a employé de nombreux agents dans l'espérance de *modifier directement la muqueuse gastrique*, mais tous ceux que j'ai employés ne m'ont donné que des insuccès, ce qui était à prévoir, car on ne conçoit guère quelle modification favorable on peut espérer dans une muqueuse dont les glandes ont disparu. Le *nitrate d'argent*, le *protargol* et l'*albargine*, agents de la médication dite substitutive, le *bichromate de potasse* que VULPIAN préconisait, la *créosote* proposée par KLEMPERER, la *teinture d'iode*, l'*iodure d'amidon* et les *iodures de potassium et de sodium* auxquels on demandait la résolution du tissu conjonctif néoformé, ne sont, d'ailleurs, presque plus employés.

Mais l'usage de certaines *eaux minérales chlorurées-sodiques* est à recommander, sans que je puisse vous expliquer sûrement le mécanisme de leur action, car je ne crois guère à la théorie d'après laquelle le chlorure de sodium de ces eaux se dissocierait dans l'estomac pour donner de l'acide chlorhydrique. J'emploie les eaux de *Hombourg*, source Elisabeth, de *Santenay*, et de *Maizières* en Côte-d'Or, à la dose de 250 grammes, prises à jeun, par petites gorgées. Pour remédier à l'absence d'acide carbonique libre dans les eaux de Maizières et de Santenay, on les additionne préalablement d'une petite quantité d'eau de Seltz qui en assure la tolérance.

Il faut encore stimuler l'activité de ce qui reste de la musculature gastrique, afin de *combattre la stase*, quand elle existe. C'est le rôle de la médication strychnique dont les agents sont la *teinture de noix vomique* (VI gouttes), la *teinture de fèves de Saint-Ignace* (IV gouttes), et le *sulfate de stry-*

*chnine* (de 0 gr. 0015 à 0 gr. 002) administrés après les repas, suivant les formules que je vous ai déjà indiquées.

## VIII

Les *agents physiques* qui ont été proposés sont : le lavage de l'estomac, l'électrisation, le massage stomacal et la gymnastique abdominale.

Je repousse le *lavage de l'estomac* comme moyen habituel de traitement. Il ne constitue qu'une médication d'exception réservée aux cas de stase prolongée avec intenses fermentations.

Avec l'*électrisation*, on peut agir sur la sécrétion, la motilité et la sensibilité de l'estomac. Il ne peut s'agir ici que des deux dernières fonctions, mais je profiterai de l'occasion pour vous résumer les règles principales de l'électrisation stomacale.

Pour *stimuler la sécrétion gastrique*, laissons de côté la gastro-galvanisation interne et la gastro-électrisation interne. La première est inefficace ; la seconde est difficile dans ses applications, non exempte de dangers et donne des résultats fort douteux. Tenez-vous-en à la gastro-faradisation percutanée, ou à la galvanisation du pneumo-gastrique.

Pour *stimuler la motilité gastrique*, employez aussi la gastro-faradisation percutanée, et en cas d'insuccès, la gastro-faradisation du pneumo gastrique.

Enfin, pour *modérer la sensibilité gastrique*, ayez recours à la galvanisation percutanée qui atténue assez bien les névralgies du plexus solaire, ou à la galvanisation du pneumo-gastrique quand le malade présente des vomissements qui ne cèdent pas aux autres moyens et en particulier à la *mixture à la picrotoxine* et qui deviennent incoercibles.

Le *massage de l'estomac* a pour but de prévenir ou de combattre la stase gastrique. On le pratique en trois temps. Dans le *premier temps*, on stimule les fibres musculaires circulaires et longitudinales de l'organe à l'aide d'une friction assez énergique exercée alternativement de gauche à droite, et de haut en bas ; puis, par instants, on pratique une friction circulaire rapide. Dans le *deuxième temps*, on masse directement et profondément l'estomac avec la pulpe des doigts. Dans le *troisième temps*, on pratique une friction circulaire douce et lente sur toute la région épigastrique.

La *gymnastique abdominale* est destinée également à empêcher la stase et à stimuler la musculature et les mouvements gastro-intestinaux. Le malade les exécute en accomplissant des mouvements de flexion des cuisses sur le bassin et du tronc sur les cuisses et des mouvements de circumduction du tronc.

## IX

Il reste à traiter les *complications* et les *états associés*, en l'espèce l'*anémie grave ou pernicieuse*.

Notre malade n'ayant pas présenté de complications, leur traitement ne sera indiqué que pour mémoire.

En cas d'*hémorragie stomacale*, repos stomacal absolu de courte durée, injection hypodermique de 20 cc. d'une *solution de gélatine* à 7 p. 100 ou de 10 cc. de *ferments métalliques*, puis retour progressif au régime lacté absolu en quantité suffisante

En cas de *crises gastriques*, saturer immédiatement le contenu stomacal avec une poudre de grosse saturation.

En cas de *constipation*, usez des pilules composées au *turbith végétal*.

En cas de *diarrhée*, un gramme de *sous-nitrate de bismuth*

avec XV gouttes d'*élixir parégorique* dans un peu d'eau, une ou deux fois dans la journée, immédiatement avant une prise alimentaire.

Notre malade, avec sa stase gastrique et le mauvais fonctionnement de ses intestins a été soumise au régime de féculents azotés avec du lait comme boisson. Elle a pris de la macération de quassia amara, des cachets de pepsine et maltine, des pilules de pancréatine, et VI gouttes de teinture de noix vomique associée à la teinture d'ipéca, immédiatement après ses repas. Tout cela est bien toléré, l'appétit revient un peu, l'examen du contenu stomacal après repas d'épreuve donne 0 gr. 20 d'HCl combiné aux albuminoïdes, alors que l'HCl était totalement absent lors de la première analyse ; les troubles intestinaux s'apaisent.

Mais le traitement serait bien incomplet si, après avoir assuré une meilleure digestion et fourni à l'organisation des éléments de réparation générale, on ne s'occupait de remédier à la déchéance générale des forces et d'aider à la réparation des globules rouges du sang, en s'efforçant d'empêcher leur destruction.

Nous pouvons réaliser une partie de ce programme dès maintenant, et sans user de la voie gastrique qui doit être uniquement réservée à l'alimentation et aux agents destinés à assurer sa digestion. Chaque jour, notre malade recevra en injection rectale 5 cc. de la solution ci-dessous :

| | |
|---|---|
| Liqueur de Fowler...................... | 6 gr. |
| Eau distillée........................... | 94 » |

*M. s. a.*

Chaque jour aussi, on lui fera une injection hypodermique avec 1 cc. d'une solution de *glycérophosphate de soude* à 25 p. 100; à partir du dixième jour, la quantité du liquide injecté

sera portée à 2 cc. La durée de la période d'injections sera de 20 jours.

En même temps, si l'appétit le permet et si l'estomac le tolère, on donnera deux fois par jour 30 grammes de *moelle osseuse crue* de bœuf ou de veau. Si la preuve de son action réparative sur les globules rouges est encore à faire, elle est au moins un aliment reconstituant.

En tout cas, si l'on veut en obtenir un effet, il faut la donner à haute dose, et bien souvent, on se heurte alors à la répugnance des malades.

Le fer pris par la bouche ou injecté sous la peau ne semble pas avoir réussi, et il est à peu près abandonné. Il n'est pas prouvé, d'ailleurs, qu'il manque dans l'organisme, puisque, dans la forme la plus commune de l'anémie pernicieuse, la moelle osseuse, le foie et la rate renferment souvent du fer en excès. Peut-être obtiendrait-on mieux avec le *fer réduit par l'hydrogène* qui ne semble pas avoir été suffisamment essayé. En tout cas, j'ai l'intention de l'employer plus tard, quand les voies digestives de notre malade seront en meilleur état. En attendant, nous nous contenterons d'insister sur l'alimentation, sur les aliments riches en fer, comme les jaunes d'œufs, les épinards, les fèves, les lentilles, l'avoine, les haricots, etc., car c'est encore là le meilleur moyen de fournir sans inconvénients ce métal à l'organisme.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

## Kystes racémeux de l'ovaire,

par le Dr E. ROCHARD,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Les kystes racémeux sont des tumeurs assez rares, puisque Bender n'en a rassemblé que onze cas authentiques : ce sont ceux de Kæberlé, Winckel, Pozzi, puis deux observations de Olshausen, celles de Cohn-Chalot, Werth, Amann, Hellier et Smith, enfin le cas de Bender. M. Richelot a présenté l'année dernière à la Société de Chirurgie un nouveau kyste racémeux. Sur ces douze cas, trois seulement étaient bilatéraux : ce sont ceux de Winckel, Kæberlé et Olshausen.

« Ces kystes, dit Bender, comportent une séméiologie obscure. La consistance molle et la mobilité des vésicules font qu'il est difficile de sentir ces tumeurs par la palpation et de leur assigner des limites précises. Les kystes racémeux constitueront, le plus souvent sans doute, une trouvaille opératoire. » Mais, dans le cas que nous donnons, la présence d'une grossesse molaire n'ajoute-t-elle pas encore un gros intérêt à la présence des kystes ? N'y a-t-il pas autre chose qu'une simple coïncidence ? La malade, huit mois auparavant, avait déjà fait une fausse couche de quatre mois, de deux jumeaux. Peut-on supposer que les kystes y ont aidé ? Peut-on croire qu'ils ont créé une prédisposition dans la dégénérescence des villosités choriales ? Comme aucun des deux ovaires n'était sain, la question se pose évidemment.

La symptomatologie des kystes racémeux n'étant pas spéciale, on peut les prendre pour des kystes de l'ovaire ou

faire encore un tout autre diagnostic, comme cela est arrivé dans l'observation que nous mettons sous les yeux du lecteur et qui est due à notre élève et ami, le Dr Le Jemtel, chirurgien à Alençon.

Son cas est le treizième que nous ayons pu relever et le quatrième où il y avait bilatéralité des lésions. Voici cette curieuse observation sur laquelle nous avons fait un rapport à la Société de Chirurgie.

Mme S..., vingt-trois ans, fut prise, au deuxième mois de sa grossesse, en septembre 1906, d'hémorragies abondantes qui durèrent plusieurs jours. Ces hémorragies, qui apparurent brusquement, sans prodromes, sans cause appréciable, firent croire à la malade qu'elle faisait une fausse couche. Mais les symptômes de grossesse, sensibilité du ventre, douleurs irradiées, nausées, vomissements journaliers, continuèrent après cette perte sanguine et semblèrent battre en brèche cette hypothèse. Trois semaines plus tard, la malade étant enceinte de près de trois mois, une nouvelle hémorragie abondante comme la première, se produisit encore, qui dura aussi plusieurs jours. Un médecin consulté fit le diagnostic de grossesse extra-utérine, constatant la présence d'une tumeur juxta-utérine assez volumineuse. Après un mois et demi, l'état devint plus inquiétant; en quelques jours, le ventre prit des proportions énormes, analogues à celui d'une femme enceinte de huit mois au moins. De plus, les vomissements qui n'avaient jamais cessé, les pertes utérines, qui se montraient de temps à autre, avaient considérablement affaibli la malade.

M. Le Jemtel la vit pour la première fois le 5 décembre 1906, à 9 heures du soir. Le pouls battait à 140, la température était à 38°5, la respiration anxieuse et rapide. Le ventre, très gros, — et devenu très gros en quelques jours, —

paraissait seul, en l'absence de tout signe pulmonaire, expliquer la dyspnée très intense. Il contenait du liquide en abondance, qui paraissait se déplacer avec les mouvements de la malade. On sentait, en plus, dans la fosse iliaque droite, une tumeur mobile, de la grosseur de deux poings environ. Au toucher, un col mou et, dans le cul-de-sac postérieur une masse dure, ne paraissant nullement en connexion ni avec l'utérus ni avec la tumeur de la fosse iliaque.

Le facies de la malade était pâle, amaigri, les lèvres décolorées. M. Le Jemtel songea à une rupture de grossesse tubaire et décida la laparotomie immédiate. Il trouva, à l'ouverture du ventre, un utérus énorme, mollasse, qui cachait en arrière de lui deux kystes ovariques, l'un à droite, de la grosseur des deux poings, l'autre à gauche, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. L'état de mollesse extrême de l'utérus et sa disproportion avec l'âge de la grossesse le firent penser à la présence d'une môle hydatiforme, ce que vérifia l'hystérectomie. L'extirpation des tumeurs kystiques fut aisée, celles-ci ne présentant aucune adhérence et affectant cette forme de kystes racémeux que Bender a décrits dans sa thèse, aussi furent-ils enlevés tous deux sans rupture, malgré le volume un peu considérable de celui de gauche. Les suites opératoires furent simples et la malade guérit sans incident.

Les deux kystes étaient formés d'une agglomération de vésicules assez considérables : les plus grosses avaient le volume d'une mandarine, les autres celui d'une noix. Ces vésicules se réunissaient à la façon d'une grappe et présentaient une paroi mince, transparente, à surface extérieure lisse et unie. On ne retrouvait macroscopiquement aucune trace de l'ovaire.

# CARNET DU PRATICIEN

## Traitement de la bronchite et de la broncho-pneumonie chez les jeunes enfants.

(Marfan.)

Répondre à trois indications : antisepsie des bronches — faciliter l'expectoration — calmer la toux.

1° Chez les *enfants du premier âge*, dans la *forme légère*, prescrire le *séjour à la chambre* à une température de 17° ; *envelopper les jambes* dans une couche d'ouate recouverte de taffetas gommé ; pratiquer deux fois par jour des *onctions sur le thorax avec le liniment térébenthiné du Codex*, ou deux ou trois fois par jour *cataplasme sinapisé* (dans la *forme intense*) qu'on laisse deux à trois minutes jusqu'à rubéfaction de la peau ; enfin, *faire évaporer* trois à quatre fois par jour, dans une théière, un quart de litre d'eau additionné d'une cuillerée à café de :

| | | |
|---|---|---|
| Créosote de hêtre | 5 | gr. |
| Teinture de benjoin | 10 | » |
| Essence de térébenthine | 100 | » |

Mêlez.

Ne prescrire de *vomitif que si l'enfant est âgé de plus de trois mois*, robuste, avec une bronchite intense, beaucoup de râles, sonores, muqueux et respiration un peu accélérée. Dans ce cas, qui se présente surtout dans la coqueluche, prescrire aux enfants de trois à douze mois une *cuillerée à café de sirop d'ipéca*, toutes les cinq minutes, jusqu'à effet vomitif. Son administration ne doit pas être répétée, sous peine d'affaiblir l'enfant et de provoquer de l'entérite.

Dans la *bronchite intense* des nourrissons, prescrire l'*ipéca à dose très faible*, et sous forme d'infusion, en l'associant aux balsamiques et aux antispasmodiques. *Si la fièvre est intense*, ajouter 0 gr. 10 à 0 gr. 30 d'*antipyrine*.

Si la *diarrhée apparaît* le quatrième ou le cinquième jour de la bronchite, cesser toute médication, mettre le nourrisson à la

*diète à l'eau bouillie* pendant six heures et dans ce temps administrer, toutes les deux heures, un des paquets :

| | |
|---|---|
| Calomel..................... | 0 gr. 03 à 0 gr. 05 |
| Sucre......................... | 0 » 50 |

à diviser en 3 paquets.

Si la *bronchite s'étend aux capillaires et aux lobules*, si en un mot la forme bénigne devient grave par apparition de broncho-pneumonie, insister sur les *cataplasmes sinapisés;* appliquer plus souvent et même pratiquer des *enveloppements hydriques froids* du thorax qui apaisent en plus l'agitation et favorisent la diurèse.

Les *stimulants diffusibles*, qui sont aussi des expectorants, sont doublement indiqués. Repousser l'emploi de l'alcool pour le remplacer par l'éther et l'acétate d'ammoniaque :

| | |
|---|---|
| Julep gommeux,............ | 110 gr. |
| Sirop d'éther............... | 10 » |
| Acétate d'ammoniaque...... | 0 gr. 50 à 2 » |

*M. s. a.*

Dans les *broncho-pneumonies à forme commune* pratiquer tous les deux ou trois jours une injection d'*huile camphrée* au dixième : jusqu'à six mois un quart de gramme; après six mois un demi-gramme; après deux ans, 1 gramme.

Si on constate des signes d'*asthénie cardiaque* ou *d'asphyxie*, il faut recourir aux injections de *caféine*.

Dans certains cas de *bronchite capillaire suffocante*, recourir à la révulsion étendue et très rapide qui sera surtout réalisée par le *bain sinapisé* ou le *bain froid répété*, deux ou trois fois par jour.

Dans la *bronchite capillaire toxique*, c'est la *réfrigération hydrique* qui seule pourra juguler cette septicémie bronchique particulièrement grave.

CH. A.

## Anévrisme de l'aorte

(A. ROBIN.)

1° Régime lacté mixte. — Lacto-végétarien. — Lait au réveil et à 4 heures du soir. — Lait aux repas.

2° Garder le repos absolu, horizontal autant que possible, avec le minimum de mouvements.

3° *a*) Si le malade est *syphilitique* :

Prendre deux cuillerées par jour, avant les repas (pendant 15 jours, puis faire un repos de 8 jours, recommencer 15 nouveaux jours, pour cesser définitivement s'il n'y a pas d'amélioration), le sirop :

| | | |
|---|---|---|
| Biiodure d'hydrargyre | 0 gr. | 20 |
| Iodure de potassium | 20 » | |
| Eau distillée | 20 » | |
| Sirop de pensées sauvages | 160 » | |
| Sirop simple | 200 » | |

Chaque cuillerée à soupe contient 1 centigramme de biiodure et 1 gramme d'iodure de potassium.

*b*) Si le malade *n'est pas syphilitique*, donner deux cuillerées par jour de la solution ci-dessous, une avant chaque repas. Continuer longtemps, jusqu'à manifestation de signes d'intolérance, Cesser alors, mais recommencer plus tard :

| | | |
|---|---|---|
| Iodure de potassium | 10 gr. | |
| Hydrate de chloral | 4 » | |
| Extrait thébaïque | 0 » | 40 |
| Eau distillée | 300 » | |

Dissolvez.

4° Injecter toutes les semaines, dans le tissu sous-cutané profond de la fesse, en prenant toutes les précautions aseptiques requises, d'abord 40 cc., puis 60, puis 80 (en augmentant par semaine de 20 cc., jusqu'à 100 cc., qu'on fera bien de ne pas dépasser), de la solution :

| | | |
|---|---|---|
| Gélatine | 2 gr. | |
| Chlorure de sodium | 1 » | 40 |
| Eau stérilisée | 200 » | |

Pour une solution à stériliser à 120°.

5° S'il existe de la *douleur* au niveau de l'anévrisme, pratiquer la contention par un *bandage non serré*, avec interposition d'une lamelle d'ouate.

Si les douleurs persistent, les calmer avec une *injection de morphine.*

6° Contre la *dyspnée*, pratiquer une *petite saignée* de 150 grammes, tout à fait remarquable par son action, mais ne pas renouveler;

Ou encore prendre 3 à 4 fois par jour sur un petit morceau de sucre ou dans de l'eau X gouttes de *solution alcoolique d'oxycamphre* à 50 p. 100.

7° Pour faire baisser la *tension artérielle* qui peut se trouver augmentée, donner dans la journée II, III, IV et jusqu'à X gouttes par jour de *solution de trinitrine au* 100e, dans une cuillerée à soupe d'eau.

Les inhalations de *nitrite d'amyle* peuvent dans ces cas être aussi utilisées avec succès; briser une ampoule de nitrite d'amyle dans un mouchoir qu'on secoue à peu de distance du visage du malade.

8° En cas d'*hémoptysies*, faire prendre toutes les deux heures, voire même toutes les heures, une cuillerée à soupe de :

| | |
|---|---|
| Chlorure de calcium.................... | 4 gr. |
| Sirop d'opium......................... | 30 » |
| Eau distillée de tilleul................. | 120 » |

*F. s. a.* une potion.

9° Contre la *toux*, faire prendre en 24 heures 2, 3 et 4 des pilules :

| | |
|---|---|
| Extrait thébaïque..................... | 0 gr. 02 |
| Extrait de datura...................... | 0 » 005 |

Pour une pilule.

CH. A.

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 24 JUIN 1908.

Présidence de M. PATEIN.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

### Nomination de correspondant *honoris causâ.*

M. PATEIN, président. — J'ai l'honneur d'annoncer à la Société la présence de M. Poce, inspecteur général des pharmacies civiles et militaires du royaume d'Italie. Notre visiteur est l'un des plus importants représentants de la science pharmaceutique en Italie et je suis heureux que, sur mon invitation, il ait bien voulu assister à notre dernière séance. Je vous propose d'inscrire M. Poce parmi les correspondants *honoris causâ* de la Société, qui ne saurait être mieux représentée au delà des Alpes. (*Approbation.*)

### Election.

Le scrutin pour la nomination de quatre membres titulaires dans la section de médecine est fermé à 5 heures et fournit les résultats suivants :

| | |
|---|---|
| Votants | 76 |
| Majorité absolue | 39 |

Ont obtenu :

| | |
|---|---|
| MM. DOMINICI | 74 |
| PAUTRIER | 70 |
| ARTHAULT DE VEVEY | 61 |
| ROSENTHAL | 54 |
| BERNE | 17 |
| TISSIER | 15 |
| ALLARD | 12 |

En conséquence, MM. Dominici, Arthaud de Vevey, Pautrier et Rosenthal, ayant obtenu plus que la majorité absolue, sont nommés membres titulaires.

## A l'occasion du procès-verbal.

### I. — *Sur les laxatifs.*

M. G. Bardet. — Je ne voudrais pas laisser passer la communication de M. Chassevant et terminer la discussion si intéressante qui a été soulevée par M. Burlureaux, sans dire quelques mots sur la manière dont je crois qu'on pourrait avantageusement modifier la médication laxative.

Il est parfaitement exact, comme l'a démontré M. Chassevant, que les laxatifs utilisés par les malades sous l'œil indifférent du médecin, quand le médecin lui-même ne les indique pas, sont tous, ou à peu près tous, des agents irritants capables de produire une action pathogénique avec laquelle on ne compte pas assez. Il y a quelques années, ici même, j'ai donné une théorie de la médication laxative et montré que, de même que l'exonération intestinale était un acte très complexe, où intervenaient des actes chimiques et mécaniques mettant en jeu plusieurs organes, de même un bon laxatif devait renfermer tous les agents capables d'agir sur les diverses fonctions intestinales, mais à petites doses, à des doses incapables d'agir, si l'on envisage chaque produit pris en particulier, mais dont les actions se totalisent et sont susceptibles ainsi de provoquer une selle normale, par suite du rétablissement physiologique de la fonction.

Depuis cette époque, j'ai toujours été convaincu que les meilleurs effets seront produits dans ces conditions.

Or, dans les actions qui interviennent physiologiquement pour provoquer les garde-robes, il en est une qui a une très grosse importance : c'est le volume des fèces. Un gros bol fécal excite les contractions de l'intestin et facilite l'expulsion. Au contraire, la petitesse du bol fécal est une cause connue de rétention. De

même et en même temps, l'humidité du bol exerce une action favorable. C'est pour cela qu'on conseille régulièrement, comme *balai de l'estomac*, les légumes verts et surtout l'épinard ou les salades cuites qui forment volume et sont mucilagineuses. Une action semblable sera obtenue par les corps inertes donnés comme médicaments, la graine de lin, la graine de moutarde, le psyllium, etc.

Malheureusement, et on ne le sait pas assez, les hypersthéniques de l'estomac, c'est-à-dire les trois quarts des constipés, les petits mangeurs, les gens à estomac de petite capacité — et ils sont nombreux en France, — sont parfaitement incapables de supporter une alimentation volumineuse, de sorte que les médicaments destinés à faire volume sont mal supportés.

L'ordre du jour ne me permet pas de traiter la question complètement, et d'ailleurs je publie d'autre part une étude étendue de la question (1) ; mais je ne veux pas omettre de citer à la Société de Thérapeutique la nouvelle médication préconisée par le professeur Schmidt, de Dresde, il y a quelques années, et qui consiste à obtenir la régularisation des garde-robes par l'emploi de substances capables d'être introduites sous un petit volume, puis de se gonfler ensuite dans le tractus digestif, par hydratation. Par ce moyen, on obtient un bol fécal volumineux et lubréfiant à la fois, sans charger l'estomac d'un gros volume. On peut obtenir ce résultat avec l'usage régulier de préparations de plantes mucilagineuses, notamment les divers lichens et les variétés d'agar-agar.

Seulement, dans l'emploi si logique et si inoffensif de ces préparations, il faut abandonner la conception dangereuse du laxatif qui irrite et purge par excitation, les mucilagineux sont des *exonérants* et non pas des irritants du tube digestif, des *toxiques* de l'intestin, comme l'a dit si justement Chassevant. Il est donc nécessaire de faire perdre au malade la croyance qu'un

(1) Voir Bardet, *Sur une nouvelle méthode d'exonération intestinale*, in *Bull. génér. de Thér.*, 8 juillet 1908.

bon laxatif est celui qui provoque de copieuses selles dès le lendemain de la prise. La méthode de Schmidt consiste au contraire à ne pas purger, mais à remettre l'intestin en état normal : aussi la selle laxative n'est-elle pas obtenue par les préparations hydrophiles dont je viens de parler, mais on arrive rapidement à rétablir la fonction et à la maintenir, à la condition d'être un peu patient, c'est-à-dire d'attendre deux ou trois jours.

Voilà les véritables laxatifs, ceux qui agissent physiologiquement. Il me paraît que c'est dans cette voie qu'il faut s'engager. La question est assez importante pour être traitée à fond, il est trop tard pour le faire à cette époque de vacances, mais à la rentrée nous aurons d'autant plus facilement l'occasion de la reprendre que vous avez nommé une commission pour étudier les laxatifs.

DISCUSSION

M. PEYROT. — Ce que vient de dire M. Bardet m'intéresse beaucoup. Chez les Japonais et les autres peuples de l'Extrême-Orient, les algues, et en particulier, une variété, le noir, tiennent une place importante dans l'alimentation, à base de riz ; les rapports des médecins militaires allemands ont insisté sur le rôle médicamenteux et alimentaire du noir, qui est l'objet d'une industrie côtière très développée; il serait intéressant de bien connaître la valeur alimentaire des algues et des fumori.

M. RÉNON. — L'argumentation de M. Bardet, relativement aux bons effets des mucilagineux quand ils sont judicieusement administrés, est parfaitement juste. J'ai appliqué la méthode de Schmidt à quelques malades. Je leur ai fait prendre, en cachets, de la gélose sèche, au moment des repas, à la dose de 5 à 6 grammes au plus, et j'ai constaté qu'on arrivait avec la plus grande facilité à régulariser les garde-robes.

II. — *Les ferments intestinaux dans la constipation dyspeptique*, par M. HALLION.

Il me paraît vraisemblable que la constipation, dans un grand nombre de cas, doive être innocentée, comme le pense M. Bur-

lureaux, des conséquences pathologiques plus ou moins graves qu'on lui prête. Un certain nombre de troubles, d'allure toxique, sont souvent associés à la constipation, mais ils peuvent bien être des symptômes de dyspepsie intestinale au même titre que la constipation elle-même, lui être concomitants, sans affecter avec elle un rapport de causalité.

Le traitement opothérapique des dyspepsies intestinales par l'extrait d'intestin et plus spécialement par l'extrait duodénal (eukinase) montre des faits qui viennent à l'appui de cette manière de voir.

Souvent la médication par l'eukinase supprime au bout de quelques jours la constipation, mais il arrive aussi très souvent. — plus souvent même que les premières séries d'observation n'avaient porté à le croire, — que, sous l'influence de ce moyen, les divers symptômes (malaise local, troubles généraux) dépendant de la dyspepsie intestinale s'amendent de la façon la plus nette, sans que la constipation soit manifestement influencée.

Une autre médication opothérapique, très souvent efficace contre la constipation consiste dans l'administration prolongée de l'extrait de bile, à l'intérieur.

Enfin je signalerai encore, comme un moyen d'une grande efficacité, les lavements de bile ou d'extrait biliaire, dont j'ai moi-même vérifié expérimentalement et signalé à la Société de Biologie, avec la collaboration de M. le Dr Nepper, l'action remarquable sur le péristaltisme intestinal et notamment sur les contractions du rectum.

Il me paraît très rationnel, en présence d'un cas de constipation, d'employer en premier lieu les procédés opothérapiques, dont l'innocuité absolue tient à ce qu'ils imitent le plus fidèlement possible les procédés naturels normaux. Les résultats qu'ils fournissent vis-à-vis de la constipation sont moins rapides et moins constants (exception faite pour les injections intrarectales de bile) que ceux qu'on obtient avec les purgatifs proprement dits, mais ils sont plus complets, car ils s'étendent à tout un ensemble de symptômes associés à la constipation; ils sont

plus durables aussi, parce qu'ils s'adressent à la cause même des désordres; enfin ils ne sont compensés par aucun inconvénient immédiat ni consécutif, ce qu'on ne saurait dire de la plupart des purgatifs communément usités.

### III. — *Conclusions*,

par M. Burlureaux.

Je crois devoir un mot de réponse et de remerciement aux divers collègues qui ont pris la parole pour soutenir ma thèse contre l'abus des purgations ou qui ont indiqué quelques-uns des moyens propres à entretenir la précieuse liberté du ventre sans recourir aux purgations.

Et d'abord, je crois être l'interprète de la Société en remerciant M. Laquerrière de sa magistrale communication sur l'emploi de l'électricité en thérapeutique abdominale. Grâce à lui, nous savons maintenant dans quels cas il faut employer le lavement électrique, et les services que peuvent rendre les divers procédés de l'intervention électrique chez les divers déséquilibrés du ventre.

Un mot maintenant à M. le Dr Auguste Marie, qui a soulevé un des plus intéressants problèmes de la pathologie générale en appelant l'attention de la Société sur les rapports qui existent, chez les aliénés, entre les troubles mentaux et les troubles digestifs. Il nous a très bien expliqué comment, chez le malade atteint de folie aiguë, chez le maniaque agité, il est très difficile de voir la part qui revient aux troubles digestifs, étant donné que, chez l'aliéné de ce genre, tout est fou, en vérité. Mais chez d'autres malades, il a cherché à surprendre l'enchaînement des symptômes morbides, et il a très judicieusement choisi les malades à symptômes de folie périodique, chez lesquels on voit éclater d'un jour à l'autre à la fois le délire et les troubles intestinaux. A voir, chez ces malades, l'apparition brusque du délire et l'apparition plus tardive des troubles digestifs, on est porté à penser que les troubles intestinaux sont secondaires, sont deutéropathiques.

Ce qu'il a dit m'a rappelé une observation qui mérite, je crois, d'être rapportée. Il s'agissait d'une dame de 62 ans qui, jusqu'à l'âge de 40 ans, avait eu une très belle santé. Mais voici qu'à 40 ans, immédiatement après la mort de son père, elle est prise d'une crise mentale qui dure 6 mois ; et de 40 à 62 ans, elle a des crises semblables tous les deux ans, débutant en février et finissant en septembre. En dehors des crises, l'état général est excellent. Étudions une de ces crises, qui sont calquées les unes sur les autres. Elle débute par une sorte d'ennui, d'indifférence qui porte sur tout. La malade cesse de s'intéresser à ses enfants, à son ménage, à ses relations ; très religieuse, elle ne manifeste plus aucun intérêt pour les questions qui la préoccupent d'habitude. En même temps, elle éprouve une fatigue musculaire générale et une prodigieuse fatigue de tête ; elle ne peut ni travailler, ni lire, ni écrire, ni supporter une conversation [illegible] qui l'intéresse un peu est relatif à sa santé. La seule personne dont elle supporte la visite est son médecin. En même temps elle perd le sommeil : sans avoir d'idée fixe ou [illegible], elle ne peut pas dormir et se sent comme une personne qui aurait pris du café. Ces symptômes de fatigue physique et intellectuelle vont progressant pendant une [illegible] restent stationnaires pendant [illegible] à 6 mois [illegible] en 3 ou 4 jours. Or, les troubles digestifs [illegible] régulière : 8 ou 10 jours après l'appar[illegible] survient de la boulimie. Un mois [illegible] fatigue, et la malade se met [illegible] parce qu'elle perd l'appétit [illegible] mange que [illegible] siens elle mange assez pour [illegible] moins. Puis, lorsque la crise est passée [illegible] constipation disparaît. La malade [illegible] reprend toutes ses habitudes [illegible] l'existence bien remplie [illegible]

famille, « ce n'est plus la même personne ». Quand elle est en bonne santé, elle mange beaucoup.

J'ai assisté à la onzième de ces crises, en avril 1897, et en relisant mes notes je vois que j'étais convaincu alors que ces crises nerveuses étaient le résultat d'une auto-intoxication chronique, car je lis, dans ces notes, le diagnostic suivant : « Dyspepsie hépatique due à une intoxication; la malade mange trop, fait pendant l'hiver des écarts inconscients de régime, s'empoisonne lentement sans le savoir, et tous ces écarts accumulés se soldent au printemps par une intoxication, laquelle se traduit à la fois par des troubles nerveux et par des troubles dyspeptiques. » Mais aujourd'hui que j'ai dix ans de plus de pratique et d'observation, je suis moins ferme dans mon diagnostic pathogénique. Car enfin, pourquoi cette malade n'a-t-elle sa folie périodique que tous les deux ans ? D'autre part, je l'ai soumise à un régime très méthodique, très régulier qu'elle a bien voulu accepter, je l'ai envoyée à Vichy, et tout cela n'a pas empêché la bouffée délirante de reparaître à son heure. On voit donc que le problème n'est pas si facile à résoudre.

Mais ce qui nous intéresse plus spécialement dans l'observation de cette malade, c'est que je me suis toujours abstenu chez elle des purgations, et c'est, par parenthèse, une des raisons qui ont fait qu'elle a accepté mes soins; car elle me disait que, durant les crises antérieures, elle avait toujours eu affaire à des médecins qui la purgeaient à outrance, et qu'elle avait bien remarqué que cela lui faisait beaucoup de mal. La vérité est que, chez cette malade, la liberté du ventre réapparaissait spontanément aussitôt que cessait le délire. En d'autres termes, le délire et les troubles digestifs, chez elle, étaient simultanés, et il n'y avait pas entre eux de rapports de cause à effet.

On voit combien le problème soulevé par M. Marie est difficile à résoudre, puisque, même dans les circonstances les plus favorables, on parvient difficilement à dire si ce sont les perturbations d'ordre digestif qui amènent le délire, ou si c'est le trouble mental qui cause les troubles digestifs. Nous serons donc très

reconnaissants à M. Marie s'il veut bien, comme il le promet, poursuivre, chez les aliénés, cette intéressante étude. Mais d'ores et déjà il me semble bien prouvé que chez les malades atteints de troubles de ce genre, on ne doit pas chercher à reconquérir la liberté du ventre par les purgations ou les grands lavements. C. Q. F. D.

M. Gallois nous a encore donné deux intéressantes observations d'entérite membraneuse provoquée par des interventions intempestives sur l'intestin. Ce sont là autant de documents précieux à enregistrer. Si chacun de nous cherchait dans ses souvenirs ou même dans ses observations quotidiennes, chacun pourrait, sans aucun doute, apporter de nombreux faits de ce genre.

Quant à M. Chassevant, il a montré un réel courage en appelant l'attention du monde médical sur ces « fraudes » passibles, comme il le dit très bien, « du Code pénal », qui consistent à vendre au public, sous des noms quelconques, des purgatifs très actifs, et en demandant une répression sévère de ces abus de liberté, dont tout le monde peut être victime. J'ai vu avec plaisir que le Syndicat des pharmaciens s'associait volontiers à cette protestation. Mais, mon cher confrère, vous aurez beau prescrire des mesures draconiennes pour prémunir vos contemporains contre le regrettable état des choses : vous n'arriverez à rien tant que vous n'aurez pas changé leur mentalité. C'est bien le cas de répéter ici la parole du poète : *Non leges, sed mores.* Vous aurez beau poursuivre telle spécialité qui contient de la gomme-gutte et exiger que son inventeur fasse connaître exactement sa formule, vous n'empêcherez pas le grand public de s'en servir. Ou encore, il arrivera que la spécialité incriminée disparaîtra, mais pour être remplacée par une autre qui ne vaudra pas mieux. Vous n'atteindrez pas plus la fraude en cette matière qu'on ne l'atteint dans une foule d'autres circonstances sociales. Je le répète, ce qu'il faut changer, c'est l'esprit de nos concitoyens. Il faut leur faire comprendre que la liberté du ventre est chose excellente, en effet, mais qu'elle ne s'obtient

pas par des purgations. De ce côté, il y aura beaucoup à faire et beaucoup d'animosités à encourir; je suis, quant à moi, bien placé pour le savoir : certes, je reçois, de divers côtés, des lettres bien encourageantes, et beaucoup de mes camarades m'écrivent que je soutiens une bonne cause en faisant la guerre à la purgation intempestive; d'autre part, l'assentiment tacite, ou franchement exprimé, des membres de la Société de Thérapeutique prouve bien que je soutiens le bon combat.

Mais, par contre, que d'hostilités! Pas plus tard qu'hier, je me suis laissé dire qu'un de mes confrères m'avait traité de CRIMINEL, à cause de la thèse que je soutenais ; ce n'est pas que cette accusation m'ait profondément atteint, mais enfin elle prouve combien est violente l'indignation soulevée par la campagne que nous menons. Et remarquez que, pour mon compte, je ne fais que proclamer une doctrine ; vous, vous avez le courage de dénoncer des fraudes commerciales, de vous attaquer à des produits spécialisés ! Avez-vous bien réfléchi au *tolle* que vous allez provoquer?

(*A suivre.*)

---

# REVUE ANALYTIQUE

## La lèpre au Japon

Si le Japon est le pays des cerisiers fleuris, le pays des chrysanthèmes écarlates, des glycines bleues et des lotus roses, il est aussi le pays du kakké et surtout celui la lèpre.

Les lépreux sont légion au Japon. Les dernières statistiques du ministère de l'Intérieur indiquent que 40.000 lépreux vivaient dans ce pays en 1905. Ils n'étaient que 23.000 en 1897, 30.000 en 1900. Il y a donc eu une augmentation de 17.000 lépreux dans l'espace de huit ans, ce qui est un fort joli chiffre.

Voici en détail les chiffres publiés en 1905 par le ministère de l'Intérieur, au sujet des départements les plus ravagés par la lèpre.

Il est à remarquer que tous ces départements jouissent sinon d'un climat très chaud, du moins d'un climat tempéré. Tous sont situés dans la partie méridionale des îles nippones. Cela tient d'abord à ce que la vie y est moins chère et plus aisée que partout ailleurs; cela tient ensuite au grand nombre de temples bouddhistes que tous ces départements possèdent. La charité y est donc plus commune, partant la vie moins amère pour les pauvres lépreux. Les départements les moins favorisés sont ceux de Toyama et d'Ishikaiva qui se trouvent sur la côte orientale du Houshin, la grande île nippone. Ces deux départements jouissent d'un climat très rigoureux; la neige y est fort abondante durant les mois d'hiver. Aussi ne possèdent-ils respectivement que 164 et 203 lépreux. L'île de Yezo, les départements de Yamashi et de Tottosi, les préfectures de Tokyo et de Kyoto possèdent tous un nombre de lépreux inférieur à 270. Près des sources d'eau chaude de Kusatsu, il existe un village de lépreux. Sur les quarante familles dont est composée cette agglomération, deux d'entre elles sont exemptes du joug de ce terrible fléau.

Si le nombre des lépreux, encore que très élevé, ne nous étonne pas, les statistiques du ministère de l'Intérieur n'ont rien de bien rassurant : d'après elles, il y aurait 999.300 Japonais qui de loin ou de près seraient plus ou moins apparentés avec la lèpre. Ainsi, si le nombre de véritables lépreux n'est que de 2.765 dans le département de Kumamoto, ceux qui, un jour ou l'autre, peuvent le devenir sont 52.045 et ils logent dans 10.405 maisons. Or, le département en question compte une population totale de 1.198.000 habitants. La proportion est donc de 1 lépreux pour 433 personnes, alors que une personne sur 23 est susceptible d'attraper ce mal.

Détail à noter, la lèpre ne se déclare jamais chez les enfants ayant moins de dix ans. Peu nombreux sont les lépreux qui deviennent très vieux.

Mais détail encore plus important à noter : jusqu'à ce jour, le gouvernement impérial japonais, toujours prodigue de déclarations humanitaires, n'avait fait aucun effort sérieux et charitable

pour procurer un bien-être quelconque à ces pauvres déshérités que sont les lépreux. Ceux-ci, chassés maintes fois par des populations hostiles, inhospitalisés par le gouvernement, menaient une existence misérable et nombreux étaient ceux d'entre eux qui périssaient dans une extrême misère. A la louange des communautés européennes des ports de Yokohama, de Kobé et de Nagasaki, à la louange des pasteurs protestants et des missionnaires catholiques, les lépreux ont trouvé un accueil bienveillant auprès des Occidentaux et l'on peut dire avec exactitude que ces derniers ont été les seuls à s'intéresser à la situation malheureuse et digne de compassion des nombreux lépreux qui vivent au Japon.

## La dysenterie tropicale. — Ses causes. — Ses germes. — Sa médication.

### I

Il est une affection grave qui sévit épidémiquement dans les pays chauds à la fin de l'été et pendant l'automne, c'est la dysenterie. Essentiellement infectieuse et contagieuse, elle est caractérisée par du dérangement intestinal, avec rejet de matières glaireuses sanguinolentes.

Un grand nombre de causes favorisent son apparition. L'encombrement, la misère, la famine, l'usage d'eaux contaminées, l'alimentation mauvaise, l'abus des viandes salées, les fruits verts, les boissons glacées, les changements brusques de température, sont des causes occasionnelles qui font entrer en activité le germe de la maladie.

Il en résulte des lésions de l'intestin constituées surtout par des ulcérations plus ou moins étendues, susceptibles de provoquer des perforations ou même des rétrécissements à la période de réparation.

En même temps s'observent des symptômes variant suivant l'intensité de la maladie. La forme légère débute brusquement par des douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche, fixes, ou

s'irradiant vers le fondement, bientôt suivies d'évacuations peu abondantes et peu fréquentes, accompagnées d'un sentiment très pénible de tension et de constriction. La guérison, qui s'obtient ici en quelques jours, ne provoque aucune altération de l'état général. La forme grave est précédée des signes d'embarras gastrique durant un ou deux jours ; puis apparaissent des douleurs abdominales vives, arrachant souvent des cris au malade et provoquant des selles. Celles-ci, cuisantes et brûlantes, sont d'une grande fréquence : on en compte jusqu'à 200 en vingt-quatre heures et même davantage. Elles sont constituées par des mucosités glaireuses, ressemblant à du frai de poisson quand les ulcérations intestinales ne sont pas encore formées; puis par des sérosités que le sang colore, renfermant des lambeaux de membranes et ayant l'aspect de lavure de chair.

L'état général est toujours altéré avec peau sèche, faciès grippé, langue rôtie, soif vive, pouls filiforme et irrégulier, fièvre élevée ; le corps est amaigri, les forces ont disparu.

## II

L'agent causal de la dysenterie est, comme il a été dit ci-dessus, un germe, qui serait tantôt un *amibe*, d'autres fois un *bacille*. Il faut savoir que l'intestin renferme normalement une foule de microbes, mais qu'on y rencontre surtout le *colibacille* auquel se rattachent de nombreuses variétés. Et de même que par une série de transformations on voit le colibacille devenir bacille typhique, de même des relations assez intéressantes et assez étroites existent entre le colibacille et le bacille dysentérique.

Est-ce à dire que les bacilles typhiques et dysentériques ne sont que des variétés de l'espèce colibacille et qu'on peut transformer plus ou moins facilement un type en marche? La question n'est pas résolue, mais on sait que ces divers microbes sont unis par des analogies étroites et par de nombreuses formes de transition. Ils ont une parenté incontestable. L'avenir décidera s'ils constituent une espèce, un genre ou une famille.

Quoi qu'il en soit, les recherches microbiologiques ont si bien

démembré l'histoire de la dysenterie qu'il faut admettre aujourd'hui une *dysenterie bacillaire*, une *dysenterie amibienne* et des *entérites dysentériformes*.

La dysenterie amibienne se rencontre surtout dans les pays chauds. La dysenterie bacillaire s'observe également dans les zones tropicales et dans les régions tempérées. La première se caractérise par sa marche lente, irrégulière, entrecoupée d'accalmies et d'exacerbations; la seconde, par sa marche aiguë, se terminant en quinze ou vingt jours et par la rareté de ses récidives. C'est dans la dysenterie amibienne qu'on rencontre comme complication l'abcès hépatique, généralement volumineux et unique. Dans la forme bacillaire, le foie est épargné.

L'amibe provoque des ulcérations à bords décollés et saillants, ulcérations profondes, intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse intestinale. Dans la forme bacillaire, les lésions sont plus superficielles, à bords sinueux et plats, à contours nets et réguliers.

III

Nul doute ne saurait être émis sur l'action dévolue au bacille de la dysenterie. Une expérience a été faite sur l'homme. Strong, en donnant à ingérer à un condamné une culture de bacille dysentérique, a provoqué le développement de la maladie. Les expériences sur les animaux ne sont pas moins démonstratives. Injectées sous la peau, les cultures du bacille dysentérique amènent la mort de la souris, du cobaye, du lapin. Chez ce dernier animal, la survie atteint cinq à six jours. On constate une diarrhée glaireuse et l'on trouve à l'autopsie des ulcérations de l'intestin. Enfin récemment, en opérant sur le chien, on a provoqué, par des inoculations sous-cutanées, une véritable dysenterie mortelle avec lésions anatomiques typiques.

Il est à noter que dans la dysenterie amibienne on rencontre plusieurs variétés de ces protozoaires. Si l'une d'elles, l'*Entamœba coli*, est dénuée de virulence, l'autre, l'*Entamœba dysenteriæ* ou l'*Entamœba histolytica*, est la cause de la dysenterie chronique.

D'autres parasites semblent capables de provoquer des mani-

festations analogues à celles de la dysenterie. Tels sont le *Balantidium coli* qui produit également des lésions ulcéreuses de l'intestin : le *Balantidium minutum*, découvert dans les selles dysentériques, ainsi que le *Chilodon dentatus*.

Sans aller jusqu'à dire, avec certains auteurs, que toute diarrhée doit être considérée comme une forme plus bénigne de la dysenterie, on peut admettre que tous les flux intestinaux sont provoqués par une plus grande virulence du colibacille. Il est parfaitement établi que l'introduction de ce germe dans le tube digestif amène de la diarrhée et que les diarrhées passagères et chroniques simples ne reconnaissent pas d'autre cause.

De cette constatation doit tout d'abord s'inspirer le médecin qui veut soigner un malade atteint de dysenterie. L'ipéca a été considéré comme son médicament spécifique. Il se prend en infusion à la dose de 8 grammes dans 200 grammes d'eau que le malade absorbe dans sa journée par cuillerées à soupe; le lendemain, on refait infuser ces mêmes 8 grammes dans une nouvelle quantité d'eau égale à celle de la veille, le malade prend cette deuxième infusion dans sa journée; le troisième jour on recommence et ainsi de suite jusqu'à modification des selles.

L'avantage de l'ipéca donné de cette façon est de corriger la nature des déjections, grâce à son influence en quelque sorte spécifique sur les désordres de l'intestin.

On ne saurait trop approfondir les conditions qui font naître la dysenterie pour mieux s'en préserver. C'est une affection qui exerce de grands ravages, puisque, pour ne citer que ceux observés dans les colonies françaises, on en signale pour l'année 1904 de très nombreux cas en Guyane, à la Martinique et au Sénégal où elle a revêtu un réel caractère de gravité et de chronicité ; au Soudan où elle se montre en corrélation avec les fluctuations du niveau du fleuve; à la Guinée, à la Côte d'Ivoire, où elle vient après le paludisme comme cause de morbidité; au Dahomey, au Gabon, à Madagascar où elle tient une grande place dans le cadre nosologique ; à la côte des Somalis, aux établissements de l'Inde où elle a occasionné 938 décès; en Cochinchine, avec

828 cas et 75 décès; au Tonkin, où elle a nécessité 945 hospitalisations; à la Nouvelle-Calédonie, où les atteintes sont toujours des plus sérieuses.

## REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

### Thérapeutique médicale.

**Traitement des hemoptysies** — Lorque des hémoptysies surviennent, il faut tout aussitôt faire coucher le malade, lui défendre de se remuer, de parler à voix haute. On éloignera les visiteurs, on aérera la chambre.

Si on a sous la main une ampoule d'ergotine ou d'ergotinine, on fera aussitôt une injection sous-cutanée en prenant toutes les précautions aseptiques requises.

On se procure sans retard de la glace, des ampoules de nitrate d'amyle, et les potions ci-après :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *a*) | Chlorure de calcium | 4 | gr. | |
| | Sirop d'opium | 30 | » | |
| | Hydrolat de tilleul | 120 | » | |
| | *F. s. a.* une potion. | | | |
| *b*) | Ergotine Bonjean | 4 | » | |
| | Acide gallique | 0 | » | 50 |
| | Sirop de térébenthine | 30 | » | |
| | Hydrolat de tilleul | 120 | » | |
| | *F. s. a.* une potion. | | | |

Enfin on commande pour être envoyées aussitôt préparées des ampoules à 10 et à 20 cc. contenant de la solution de gélatine à 15 gr. pour 1000 d'eau salée à raison de 7 p. 100, rigoureusement stérilisée.

1° Si le pouls est fort, briser dans un mouchoir une ampoule de nitrite d'amyle et en faire respirer le contenu; de ce fait, la tension sanguine diminue, le pouls faiblit et l'hémoptysie disparaît ou s'atténue. A recommencer dès que les crachements réapparaissent ou que le pouls se renforce.

2° Toutes les deux heures donner une cuillerée à soupe de chacune des deux potions ci-dessus *a* et *b* en alternant d'heure en heure, tantôt l'une, tantôt l'autre.

Si les crachements de sang au lieu de diminuer paraissent augmenter, il faut supprimer la potion *b* à l'ergotine et dans ce cas continuer à donner toutes les deux heures ou toutes les heures la potion *a* au chlorure de calcium.

Pendant ce temps on recouvrira la poitrine de ventouses sèches, on fera courir des sinapismes sur les membres inférieurs, on mettra des boules d'eau chaude, on enveloppera les jambes avec de l'ouate et du taffetas gommé. Donner matin et soir un lavement d'eau bouillie chaude à 38 ou 40° centigrades.

3° Dès qu'on a la solution de gélatine, faire l'injection d'une ampoule de 10 cc. d'abord qu'on renouvellera matin et soir tant que les hémorragies persisteront. En cas d'insuccès, injecter des ampoules de 20 cc.

4° Si le malade tousse, s'il ne dort pas, lui faire une injection de 1 cc. à 1 cc. 1/2 de morphine qui, en outre de ses propriétés calmantes, abaissera la pression sanguine.

Tels sont les principaux moyens à employer contre les hémoptysies. On a conseillé encore l'adrénaline ; mais son emploi est à rejeter en raison de la tension artérielle qu'elle exagère, ce qui peut augmenter l'hémorragie.

Il est bien entendu que la médication antifébrile devra concurremment être instituée si la température dépasse 38° centigrades.

**L'auto-lavage de l'estomac**, d'après le professeur Bourget (de Lausanne) (*Arch. du Poitou*). — Pour que l'auto-lavage puisse se pratiquer, il faut que le pylore ait conservé une bonne partie de son fonctionnement et de son élasticité.

On fait ingurgiter par le patient 100 ou 200 cc. de liquide de lavage et on le fait coucher sur le ventre sur un plan un peu résistant, par exemple en travers d'un lit, ou simplement sur le plancher. Puis, dans cette position, on lui recommande de respirer aussi profondément que possible. Il suffit alors de 15 à

20 respirations très profondes pour faire passer le contenu stomacal par le pylore.

L'auteur a fait de très nombreux sondages d'estomac pour contrôler l'efficacité de ce procédé; il est arrivé à cette conclusion que l'on pouvait arriver aussi sûrement à nettoyer un estomac que par le procédé de la sonde, à condition que le pylore soit perméable.

Le liquide doit être donné tiède à 38°-40°.

Le liquide de lavage doit contenir du bicarbonate de soude en dissolution peu concentrée. BOURGET conseille la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Bicarbonate de soude pur.............. | 8 | gr. |
| Phosphate de soude desséché........... | 4 | » |
| Sulfate de soude desséché............. | 2 | » |
| Eau................................... | 1000 | » |

On administre cette solution à la dose de 150 à 200 grammes.

A quel moment de la journée doit-on procéder à l'auto-lavage? Il suffit pour cela de savoir la composition et l'importance du repas pris par le malade. Ainsi nous savons qu'un repas de midi composé de viande, farineux ou légumes, pain et fruits en quantité normale, doit être digéré et avoir en grande partie quitté l'estomac vers la quatrième heure. Si à ce moment l'estomac n'est pas vide, on peut procéder au lavage.

On pratiquera donc celui-ci deux heures après le petit déjeuner, quatre ou cinq heures après les repas de midi et du soir et quelquefois aussi le matin à jeun. L'estomac se trouve ainsi nettoyé efficacement après chaque travail digestif. En outre, la composition du liquide alcalin employé favorise d'emblée la digestion intestinale, qui exige, comme on le sait, un milieu légèrement alcalin.

**La fièvre tuberculeuse à la période de ramollissement et son traitement.** (Prof. G. LEMOINE, *Nord médical*, 1er mars 1908.) — Il y a trois genres de fièvre dans la tuberculose pulmonaire : la

fièvre d'invasion, de ramollissement et la fièvre hectique. C'est de la seconde que M. LEMOINE s'occupe.

Cette fièvre est due à l'envahissement des tubercules par les agents de la suppuration, à la lutte entre ceux-ci et les globules blancs qui défendent l'organisme et à la suppuration qui en est le résultat. Elle se produit le plus souvent chez un malade chez lequel on n'a jusqu'alors trouvé que des signes d'induration pulmonaire ; elle est généralement vespérale, quotidienne, pas très forte, 38°2, 38°5, et s'accompagne de déchéance marquée de l'organisme ainsi que de l'apparition d'un petit foyer de craquements. En même temps qu'elle apparaissent souvent des sueurs nocturnes et une modification de la toux qui perd son caractère sec et quinteux pour devenir plus grasse et ramener par moment des crachats qui contiennent une petite masse purulente perdue au milieu du mucus bronchique.

Cette fièvre généralement est le signe de l'établissement de la seconde période de la tuberculose. Son apparition doit donc être le signal d'une orientation très catégorique de la thérapeutique vers la nourriture abondante, le séjour au grand air, à la montagne, les douches tièdes, les frictions, etc. ; secondairement, on cherchera à faire une médication rationnelle et efficace.

Pour cela, s'adressera-t-on à la *quinine*, comme l'enseignait Jaccoud, qui allait jusqu'à 2 grammes et 2 gr. 50 en vingt-quatre heures par prises de 0 gr. 50 toutes les demi-heures au moment de l'accès? Certes, non. Il y a longtemps qu'il est démontré que la quinine, spécifique de la fièvre paludéenne, n'est efficace que pour celle-là. On ne retiendra donc de la quinine que son action tonique et vaso-constrictive et, à ce titre, pourra-t-on la prescrire à petites doses, 0 gr. 30 à 0 gr. 50 au maximum, par jour et de préférence le matin en même temps que le premier repas.

# FORMULAIRE

## Un bon moyen contre le coryza.

| | |
|---|---|
| Vaseline ............................ | } ââ 6 gr. |
| Lanoline ............................ | |
| Baume du Pérou ..................... | 2 » |
| Résorcine ........................... | 1 » |
| Menthol ............................. | 0 » 10 |
| Essence de thym .................... | X gtt. |
| Chlorhydrate de cocaïne .............. | 0 gr. 10 |

En introduire plusieurs fois dans les narines.

## Contre l'ivresse.

(Moyen conseillé par le professeur POUCHET.)

| | |
|---|---|
| Acétate d'ammoniaque ................ | 15 gr. |
| Sel marin ............................ | 5 » |
| Infusion forte de café ................ | 50 » |
| Sirop simple ......................... | 30 » |

*F. s. a.* potion.

A prendre en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle.

*Le Gérant :* O. DOIN.

PARIS. — IMP. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

# REVUE SPÉCIALE

par le Dr Charles Amat.

---

## Les maladies qu'on soigne à Berck.

## La pratique du Dr Calot.

### DONNÉES GÉNÉRALES.

Il suffit de passer quelque temps à Berck-sur-Mer, d'y suivre les nombreux malades qui fréquentent l'institut orthopédique pour être émerveillé par les résultats que le Dr Calot y obtient. Alors que les tuberculoses suppurées qui y affluent succombaient à peu près toutes autrefois, aujourd'hui elles y guérissent. Il ne faut pas en chercher la raison dans une malignité amoindrie de ces affections, ni dans l'habileté plus grande des chirurgiens actuels, ni dans une antisepsie mieux soignée, mais dans ce fait qu'*on ne les opère pas*. Une croyance néfaste était que l'on devait inciser ou ponctionner partout où était du pus : *ubi pus, ibi evacua*. Et l'on ne faisait pas d'exception pour l'abcès froid, qui, lui, n'est pas un abcès comme un autre, mais un tuberculome, qui, solide la veille, est devenu liquide le lendemain. Si l'ouverture d'un abcès chaud est chose excellente, puisqu'elle donne issue aux microbes qui l'ont produit, l'ouverture d'un abcès froid est désastreuse, parce qu'elle livre passage au contraire à des microbes qui, venus du dehors, vont se mêler aux bacilles tuberculeux de la paroi de l'abcès froid, en centuplant leur virulence. Pour un abcès chaud l'ouverture laisse donc s'écouler le poison au dehors, alors que pour un abcès froid elle l'introduit dans l'organisme.

Le médecin qui non seulement n'ouvrira jamais les foyers tuberculeux, mais encore fera ses efforts pour les

empêcher de se faire jour à l'extérieur, lorsque l'ouverture spontanée est menaçante, guérira tous ses malades, tandis que celui qui les incisera ou les laissera s'ouvrir verra en un temps plus ou moins long, de quelques mois à quelques années, tous ses malades succomber.

Pendant longtemps M. Calot a ouvert les tuberculoses avec abcès, il a réséqué toutes les coxalgies suppurées et aujourd'hui il voit qu'il a soutenu des théories désastreuses : il ne resèque plus les coxalgies, il n'ouvre plus jamais les tuberculoses suppurées. Pour lui, c'est désormais commettre une faute grave, souvent irréparable, que de porter l'instrument tranchant sur ces collections purulentes.

Toutes les audaces de la chirurgie moderne ont fait ici le plus grand mal : de tous les opérateurs, le plus nuisible sera le plus brillant, le plus audacieux.

Mais le rôle du médecin ne doit pas se borner à éviter l'ouverture de l'abcès tuberculeux, tâche déjà très délicate, il devra, par des injections de liquides modificateurs faites dans les os, dans les jointures malades, à l'aide d'aiguilles capillaires, agir sur ces foyers pour les modifier et les guérir. Il aura, en outre, par une série d'opérations orthopédiques très délicates, très difficiles, indispensables cependant pour assurer aux malades qui lui sont confiés des guérisons véritables, à obtenir la cure d'adénites sans cicatrices, de tumeurs blanches sans ankylose, de maux de Pott sans gibbosité, de coxalgies sans boiterie.

Celui qui fera l'impossible, dans toutes les circonstances où il se trouvera placé, pour empêcher l'ouverture des tuberculoses, ne les guérira peut-être pas aussi constamment qu'à Berck, à cause des conditions climatériques tout autres, mais il en guérira infiniment plus que le praticien

de la plage la plus salubre qui voudrait les ouvrir à tout coup.

## I

### INDURATIONS, FONGOSITÉS, ABCÈS.

L'observation a prouvé que si la tuberculose externe reste sèche, elle peut guérir sans intervention chirurgicale, presque spontanément par le seul effet d'un bon traitement général et d'un traitement local, consistant surtout dans le repos parfait de l'organe malade.

Sous cette double influence la tuberculose est susceptible de disparaître, mais au bout d'un temps qui sera toujours long et même très long, si l'on veut avoir des chances d'éteindre pour toujours le foyer morbide, c'est-à-dire une à plusieurs années.

S'il s'agit de ganglions *indurés,* tuberculeux, nombreux sont les praticiens qui préfèrent en finir vite par l'extirpation. Et ils ne pensent pas assez à la cicatrice qui en résultera, véritable marque indélébile cicatrice qui, s'il s'agit surtout d'une jeune fille, va faire le chagrin de toute sa vie. Il en sera tout autrement du sujet qui aura été traité patiemment sans faire appel au bistouri. Ici, en effet, pas la plus petite tare capable de laisser deviner quatre ou cinq ans après qu'il a été malade.

L'induration glandulaire peut donc guérir spontanément par résolution graduelle, comme cela a été observé maintes fois, sous l'influence d'un traitement général reconstituant, du séjour au bord de la mer et d'un traitement local, dont la toilette antiseptique soignée de tous les territoires tributaires du ganglion n'est pas un des moindres éléments.

De deux choses l'une, ou la glande restera dure ou elle se ramollira peu à peu. Comme ce dernier cas est le plus favo-

rable à la guérison, il va falloir, quand on aura la conviction morale que l'induration persistera, non pas faire l'extirpation, à moins qu'elle ne soit impérieusement demandée par un adulte qui, dans la nécessité de gagner sa vie, ne peut s'astreindre à un traitement d'une trop longue durée, mais chercher à obtenir d'abord le ramollissement des tissus, puis la fonte des *fongosités*.

Pour cela, on injecte un mélange de naphtol camphré-glycériné : 1 gramme de *naphtol camphré* pour 6 grammes de *glycérine*. Bien brasser au mortier et au pilon avant de s'en servir en vue d'obtenir un mélange homogène, miscible à l'eau. Employé sous cette forme, le naphtol camphré ne présente aucun danger.

La dose à injecter sera de 2 à 8 grammes suivant l'âge du sujet.

La fonte de la glande s'obtiendra en pratiquant *une injection tous les jours* jusqu'au moment où se produit la fluctuation désirée. Celle-ci survient vers le 4e jour (quelquefois au 3e et quelquefois seulement au 5e ou 6e jour).

L'*abcès* est maintenant constitué ; il n'y aura plus qu'à en vider le contenu et à en modifier les parois par des ponctions et l'injection du liquide ci-après :

| | |
|---|---|
| Huile................................ | 60 gr. |
| Ether................................ | 40 » |
| Créosote.............................. | 4 » |
| Iodoforme............................. | 10 » |

Mêlez intimement.

Mais ces ponctions et injections doivent être pratiquées suivant une technique spéciale qu'il importe de bien connaître.

Il faut avoir trois instruments (fig. 1) :

*Une aiguille* n° 3 ou 4 de Collin. Plus petite, elle se bou-

cherait; plus grosse, elle expose à laisser un orifice qui pourrait devenir fistuleux.

*Un petit aspirateur*, et un des plus commodes, des plus simples, est celui du Dr Calot. Il a une contenance de 8 à 10 centimètres cubes, ce qui suffit. S'il y a plus de 10 centimètres de pus, on enlève l'aspirateur (en laissant l'aiguille), on le vide, puis on le replace sur l'aiguille et ainsi de suite.

*Une seringue facilement stérilisable*, s'adaptant à l'aiguille de l'aspirateur.

Il est bon d'avoir en plus un tube de *chlorure d'éthyle* pour l'anesthésie locale.

L'*indication* des deux liquides est celle-ci : si l'abcès est mûr, injecter le dernier; s'il n'est pas mûr, injecter du naphtol glycériné qui le mûrira, en fondant les fongosités encore dures de la paroi.

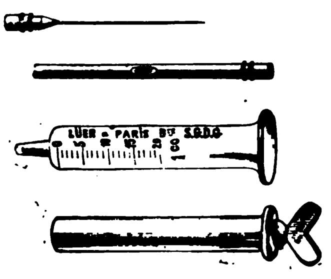




Fig. 1.

La *quantité* à injecter sera : 1 demi-gramme du mélange pour chaque année d'âge jusqu'à 20 ans, avec 10 grammes pour un adulte comme dose maxima.

*Intervalle :* Faire une séance tous les 5 ou 6 jours.

*Nombre :* 8 à 10 injections sont nécessaires généralement pour modifier et assainir l'abcès.

Mais il est absolument indispensable que ces injections

aient lieu *en plein tissu sain* et que l'aiguille aille, en rampant, atteindre le tissu morbide, soit pour l'injecter, soit pour l'évacuer.

Après la dixième injection, on fait encore, à une semaine d'intervalle, deux ponctions évacuatrices sans injections consécutives, puis un pansement compressif aussi exact que possible, avec des languettes d'ouate hydrophile entrecroisées, maintenues par des bandes Velpeau. On attend de quinze à vingt jours, en ajoutant une nouvelle bande Velpeau tous les quatre ou cinq jours. Au quinzième ou vingtième jour, les parois sont accolées, l'abcès est guéri.

Neuf fois sur dix on ne rencontre aucune difficulté, mais une fois sur dix il pourra survenir tel incident qu'il faut connaître à l'avance pour en avoir facilement raison :

1° Il *vient du sang* par l'aiguille. Si un vaisseau a été blessé, il faut retirer immédiatement l'aiguille et mettre le doigt sur l'orifice en comprimant quelques minutes, puis appliquer sur le point qui saigne un tampon d'ouate qui sera maintenu avec quelques tours de bande Velpeau. Ce pansement légèrement compressif sera laissé sur place pendant cinq à six jours. Après quoi on recommencera les ponctions en se portant, pour éviter les vaisseaux, plus en dedans ou plus en dehors.

Lorsque le pus commence à venir légèrement teinté de rose, il faut enlever l'aspirateur et passer à l'injection pour faire ensuite, par-dessus l'abcès, une compression légère. Mieux vaut ne pas attendre, autant que possible, le moment où le pus va se teinter.

Parfois *l'abcès ne se tarit pas* : parce qu'on a continué trop longtemps les injections, parce qu'on n'a pas su, après la neuvième ou la dixième, les cesser complètement (il faut ne plus faire, à partir de ce moment, que des ponctions évacua-

trices, à quatre ou cinq jours d'intervalle, mais *sans injections consécutives*); ou encore parce qu'après la dernière de ces ponctions supplémentaires, on a négligé de faire une bonne, méthodique et forte compression sur l'abcès, c'est-à-dire qu'on n'a pas amené l'accolement exact de ses parois, sans points morts.

Parfois *l'abcès s'infecte* parce qu'on a commis une faute d'asepsie ; qu'il n'a pas été veillé à la propreté minutieuse soit du chirurgien, soit de la peau du malade, soit des instruments, soit du liquide de l'injection et des objets de pansement.



Fig. 2.

Parfois *l'abcès se fistulise*, parce que l'aiguille employée n'est pas assez fine : le n° 3 ou le n° 4 de Collin, c'est le calibre voulu. Si l'on se sert d'un trocart plus gros, on commet une imprudence grave qui peut causer la persistance de l'ouverture, c'est-à-dire une fistule. Le n° 3 suffit, lorsque le contenu de l'abcès est bien liquide.

Lorsque l'aiguille n° 4 est bouchée par des grumeaux caséeux, il faut y pousser, avec force, quelques gouttes de liquide modificateur, qui rejettent dans la cavité les débris caséeux dont elle est obstruée, et on voit l'écoulement du

pus reprendre; si l'aiguille se bouche encore, on injecte 1 gramme de naphtol camphré qui ramollira ces débris et on renvoie la ponction au surlendemain.

Une autre précaution à prendre pour ménager la peau, c'est de *ne pas toujours piquer au même point*.

Enfin, pour modérer la sécrétion, parfois très abondante de la paroi, sécrétion stimulée par le liquide modificateur, en particulier par le naphtol camphré, on n'injectera qu'une demi-dose, ou même on ne fera qu'une injection sur deux ponctions.

Lorsque, à l'arrivée du malade, la peau rouge, amincie et tendue, menace d'éclater, il faut immédiatement ponctionner en piquant dans un point sain de la peau, puis après quelques jours pratiquer une deuxième ponction, toutes les deux sans injection consécutive. Et l'on continue ces ponctions biquotidiennes, sans injection, jusqu'à ce que la peau ait recouvré sa consistance et sa coloration normales : après quoi, on fait comme d'ordinaire ponctions et injections.

Enfin, on mettra un véritable pansement aseptique, gaze et bandes, plutôt qu'une simple couche de collodion qui n'empêche pas toujours l'infection et qui, irritant la peau, favorise souvent l'ouverture spontanée.

## II

### LES ADÉNITES CERVICALES

Si l'on admet avec Bazin, que les écrouelles sont infiniment moins graves par elles-mêmes que par les stigmates disgracieux qu'elles laissent, on sera surpris de voir qu'on se soit si peu occupé, jusqu'à ce jour, du moyen d'éviter toute cicatrice, cette tare indélébile consécutive à toutes les

extirpations des glandes du cou. Le chirurgien les pratiquerait moins facilement s'il songeait à ces irréparables mutilations dont il sera cause. Tout doit être tenté pour les éviter



Fig. 3.

et la première condition pour atteindre ce but est de se le proposer.

Voici la manière dont M. Calot se conduit.

Supposons qu'il s'agisse d'un cas de beaucoup le plus facile à traiter, où *l'adénite est ramollie ou suppurée, mais non ouverte* (fig. 2). On se trouve alors en présence d'un abcès froid, qu'il n'est pas plus malaisé de guérir ici par les ponctions et les injections modificatrices que dans les autres régions du corps. Il faut se servir d'une aiguille fine et utiliser le liquide qu'on connaîtra le mieux en faisant des séances plus ou moins fréquentes. Entre des mains exercées, ce traitement conduira toujours, c'est-à-dire quatre-vingt-dix-neuf fois sur 100, à la guérison parfaite sans incident, ni cicatrice.

Peu à peu, on acquerra une expérience personnelle qui permettra de se conduire comme il convient dans chaque cas particulier, et de suivre les médications qui peuvent surgir à chaque instant au cours du traitement.

Si la peau est déjà un peu modifiée dans sa coloration ou sa résistance (fig. 3), lorsque le malade se présente, il faut prendre mille précautions pour ménager et même raffermir cette peau, sans cependant abandonner le traitement de l'abcès froid.

Si c'est la tension de la peau qui constitue le danger, il faut vider la poche une ou plusieurs fois sans faire l'injection qu'on commencera dès que le tégument sera raffermi. Que si la face profonde du revêtement cutané est déjà envahie par les fongosités tuberculeuses, il faut injecter quelques gouttes de naphtol camphré pour détruire ces fongosités, ou tout au moins en atténuer la virulence, en ayant soin de faire des aspirations fréquentes pour supprimer toute pression sur cette peau déjà peu résistante.

On peut être amené ainsi, pour un cas difficile, à faire deux ou trois ponctions par vingt-quatre heures pendant

plusieurs jours, jusqu'à ce que la peau ait été sauvée, et de guérir sans cicatrice aucune des sujets que les interventionnistes eussent nettement déclaré ne relever que d'une large extirpation.

Dans un autre cas, *l'adénite est à la période d'induration.* Il ne faut pas se presser de l'extirper. On ne saurait aller, de gaieté de cœur, infliger au malade une cicatrice disgracieuse indélébile. Il faut attendre et faire attendre le patient; ou bien l'adénite va guérir spontanément, surtout si la résolution est favorisée par un traitement général, le séjour au bord de la mer, et aussi par un traitement local consistant surtout dans une toilette antiseptique soignée de la bouche et de tous les territoires tributaires des ganglions cervicaux; ou bien l'adénite va se ramollir et l'on rentre ainsi dans le cas précédemment exposé. On n'a plus qu'à guetter le moment où cette fonte se produit, afin d'intervenir immédiatement, avant que la peau ne soit altérée. Par les ponctions et les injections judicieusement utilisées, si l'on agit à temps, on arrivera à guérir son malade sans la moindre cicatrice.

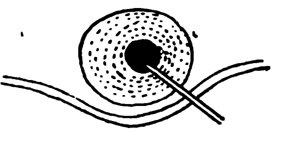


Fig. 4.

Mais il peut se faire que *l'adénite indurée ne bouge pas*, cas rare et assurément défavorable. Que fera-t-on? Attendre encore, si c'est une personne du monde que rien ne presse parce que l'on a des chances de voir enfin se produire après douze mois, dix-huit mois, vingt-quatre mois d'attente, ou bien la résolution spontanée, ou bien le ramollissement, qui tous deux conduisent à la guérison sans cicatrice.

Un moment cependant survient où la conviction morale est acquise que l'adénite ne se modifiera pas et où la nécessité s'impose de faire quelque chose. L'extirpera-t-on? Non

certes, à moins que le malade ne force la main. Il faudra chercher à provoquer artificiellement l'une ou l'autre de ces terminaisons, ramollissement ou résolution qui sont tous




Fig. 5.

deux des modes de guérison sans laisser la moindre trace.

Les injections de naphtol camphré entre les mains de

M. Calot, comme entre les mains de bon nombre d'autres chirurgiens, ont donné quelques succès par voie de résolution. Mais le plus souvent l'effet immédiat de cette pratique a été d'augmenter le volume des ganglions et d'en faire apparaître d'autres plus petits, à côté des premiers. Ce n'était que beaucoup plus tard, quatre, cinq et six mois après la cessation des injections, que la résolution se faisait.

Le naphtol camphré est surtout précieux lorsqu'il existe dejà, dans le centre des ganglions, un point ramolli, un commencement de cavité (fig. 4). Si l'on peut amener, à la première séance, quelques fragments de matière caséeuse, en les remplaçant par du liquide injecté, on ramollit la zone précavitaire du ganglion et on arrive ainsi peu à peu à la guérison.

Ainsi donc, dans le premier cas, le naphtol camphré guérit en provoquant la résolution, dans le second en amenant le ramollissement. Il est préférable d'arriver à ce dernier résultat qui permet d'obtenir des guérisons plus complètes et plus parfaites.

Lorsque, à l'arrivée du malade, *la peau rouge, amincie et tendue menace d'éclater*, il convient de faire immédiatement une ponction en piquant dans un point sain de la peau, puis après quelques jours une deuxième ponction, toutes les deux sans injection consécutive. Ces ponctions biquotidiennes seront continuées sans injection jusqu'à ce que la peau ait retrouvé sa consistance et sa coloration normales : après quoi on fait comme d'ordinaire ponction et injection.

Le pansement consistera en gaze, ouate et bandes comprimant les parois de l'abcès (fig. 5).

Il ne faut intervenir par une opération sanglante que lorsque la peau est déjà très altérée et qu'il y a, même au

point de vue esthétique, un avantage manifeste à agir ainsi.

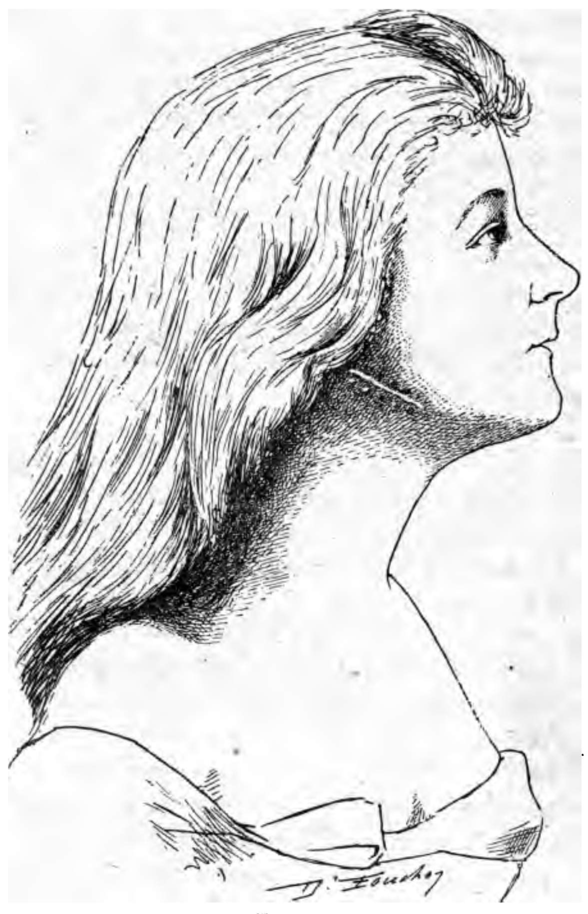


Fig. 6.

La thérapeutique par les injections est de beaucoup la meilleure, malheureusement elle demande une minutie,

un effort, une persévérance et surtout une dépense de temps énorme et c'est un peu la raison qui nuit à sa généralisation.

L'intervention sanglante est au contraire simple, brillante, expéditive, mais elle guérit en laissant une tare indélébile (fig. 6), tandis que la méthode conservatrice guérit sans traces. Et c'est avec mille raisons que M. Calot estime que guérir sans traces les adénites cervicales, les guérir sans cicatrices, vaut bien qu'on se donne du mal pour l'obtenir.

(*A suivre.*)

---

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 24 JUIN 1908

(*Suite.*)

Présidence de M. Patein.

### Présentations.

I. — *Moulages de garde-robes de nourrissons présentés dans un but didactique d'hygiène digestive infantile,*

par le Dr René Gaultier,
Chef de Laboratoire à la Faculté.

Nous avons, il y a quelques semaines, présenté pour la première fois à la Société de Pédiatrie, qui semblait toute désignée pour cet objet, cette collection de moulages de garde-robes de nourrissons.

J'ai l'honneur de la présenter ici à nouveau, sur la demande de quelques-uns de mes collègues, qui ont pensé que, pouvant servir à la divulgation de certaines notions d'hygiène digestive infantile, elle méritait, dans ce dernier but, d'être soumise aux membres de notre Société que les questions générales d'hygiène

intéressent au même titre que les questions plus spéciales de thérapeutique.

Voici donc, Messieurs, *quels ils sont* et *ce qu'ils veulent signifier.*

*Quels ils sont?* Ce sont des moulages de garde-robes de nourrissons correspondant aux types normaux et pathologiques les plus communs que, suivant l'idée de Rœder, M. Jumelin a, sous ma direction, exécutés d'une façon parfaite d'après nature, dans le service de mon maître M. Variot, aux Enfants-Assistés. Une étiquette accompagne chacun d'eux relatant sa provenance; c'est ainsi qu'on y trouvera: — le méconium du nouveau-né; — la selle normale d'enfant nourri au sein; — la selle d'enfant nourri au lait stérilisé industriellement ou par les soins domestiques; — la selle d'enfant atteint d'entéro-colite glaireuse; — la selle panachée de gastro-entérite aiguë à forme bilieuse; — la selle blanche des dyspepsies gastro-intestinales chroniques.

En outre, sur cette même étiquette sont inscrites les indications suivantes :

— Le nombre de ces diverses garde-robes par 24 heures; — leur aspect, leur consistance, leur couleur, leur odeur, leur quantité, — leur analyse microscopique, chimique et bactériologique, et enfin les indications de diététique que les constatations de selles semblables peuvent suggérer à l'esprit de ceux qui ont l'occasion de les rencontrer en pratique.

Ainsi présentés, munis de cette étiquette, *ils veulent signifier* leur utilité dans les services hospitaliers de clinique infantile, dans les maternités, dans les crèches, les garderies, dans les gouttes de lait ou établissements similaires pour servir à l'enseignement des élèves, des sages-femmes, des nourrices, voire même des mères, et faire, comme nous le disions plus haut, pénétrer dans certains milieux des notions plus précises d'hygiène digestive.

Ils continuent, dans ce sens, l'œuvre que nous poursuivons depuis plusieurs années par des publications répétées dont la principale est notre *Précis de coprologie clinique*, à savoir : faire connaître l'intérêt qui s'attache à l'exploration fonctionnelle de

l'intestin par l'examen des fèces, séméiologie trop délaissée chez nous et que des hommes tels que Boas, Nothnagel, Van Jachs, Schmidt et Strasbürger, Œfele, Ricardo, Lynch, Zoja, etc., n'ont pas dédaigné ou ne dédaignent point d'utiliser à l'étranger.

## II. — *Présentation d'un dispositif pour douche à air surchauffé,*

## par MM. Dausset et Laquerrière.

Les appareils pour douche d'air surchauffé nécessitent :

1° Un appareillage donnant un violent courant d'air;

2° Un appareillage pour chauffer ce courant d'air. Nous croyons intéressant de vous présenter le dispositif auquel nous sommes arrivés après essais de divers systèmes : pour la production du courant d'air, on peut se servir de l'air comprimé des secteurs Popp. Mais ceci nécessite une canalisation spéciale et ne se trouve pas dans tous les quartiers; les trompes à eau seraient excellentes si elles n'exigeaient pas qu'on se tienne dans le voisinage d'une arrivée d'eau (cuisine, salle de bain, etc.), les moteurs mécaniques sont trop faibles. Aussi nous sommes-nous arrêtés au moteur électrique, actionnant une pompe à air suffisamment faible pour ne pas nécessiter une canalisation spéciale et pour pouvoir fonctionner à la place d'une lampe un peu forte. ce qui permet de s'en servir dans n'importe quelle pièce pourvu qu'on ait l'électricité.

En ce qui concerne le chauffage, on a utilisé largement les résistances électriques chauffantes; mais elles ont le tort de consommer beaucoup de courant : leur emploi est, par conséquent, légèrement coûteux, mais surtout nécessite une ligne spéciale qu'on ne possède pas, en général, chez soi si l'on n'est pas spécialiste électrothérapeute. Nous avons donc pensé qu'il était préférable de recourir au chauffage par le gaz avec un appareil que nous pouvons véritablement recommander en raison de sa faible consommation :

1° Production de la douche d'air. La pompe à air qui nous a paru de beaucoup la plus commode à tout point de vue est la

pompe à air construite par Gaiffe et déjà présentée à la Société de laryngologie par MM. Lermoyez et Mahu (6 décembre 1907). Cette pompe se monte sur tous les moteurs construits par ce constructeur pour massage vibratoire ou petite chirurgie et elle fonctionne à partir du modèle de 6 kilogrammètres (sur 110 volts, un ampère — sur 220 volts, 1 demi-ampère).

Cette pompe, figurée avec son moteur sur la figure 1, peut servir pour la compression ou l'aspiration de l'air.

Un rhéostat permet de faire varier dans de larges proportions la vitesse du moteur et par conséquent le débit d'air.

L'air comprimé est fourni sous pression de 300 grammes environ d'une façon continue, et tout réservoir intermédiaire se trouve ainsi supprimé. D'autre part, le vide jusqu'à 40 centimètres, vu le grand débit de la pompe, est rapidement obtenu.

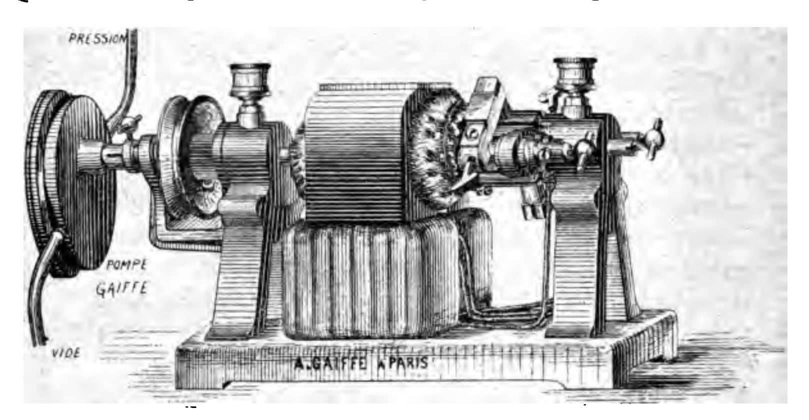



Fig. 1.

L'axe de cette pompe se monte directement sur le nez des moteurs de petite chirurgie ou de vibration, aux lieu et place des flexibles, au moyen d'une vis de serrage.

La construction est robuste et des plus simples; il n'existe aucun joint en cuir susceptible d'usure ou de se détériorer par la chaleur.

Ce sont en effet des palettes métalliques, entraînées par un disque qui, poussées par la force centrifuge, frottent sur la périphérie de la boîte qui les contient et aspirent l'air par un des orifices pour le repousser par l'autre.

En dehors de l'aérothermothérapie, cet appareil peut être employé :

α) Comme compresseur d'air pour actionner les atomiseurs et nébuliseurs, lance-poudre et lance-pommade; pour le séchage rapide; pour le massage vibratoire; pour le massage pneumatique par ventouse.

β) Comme aspirateur : dans la méthode de Bier; pour l'aspiration de tous les produits liquides et semi-liquides au cours d'une opération; pour le filtrage, etc.

2° Chauffage de l'air. Nous utilisons le chauffe-air de MM. Dausset et Delsuc.

Cet appareil fonctionne au gaz et la flamme est activée par l'air comprimé à 30 grammes ou plus. L'air passe à une vitesse de 10 mètres cubes à l'heure environ; la dépense du gaz est de 100 à 300 litres suivant la température que l'on veut obtenir.

L'appareil se compose de deux parties : α) le brûleur (C D). Le gaz arrive par le tuyau B et brûle par les petits trous percés en O.

β) La soufflerie pour activer la flamme : l'air comprimé est insufflé à travers le tube A et, débouchant au milieu de E, produit une inspiration en arrière, c'est-à-dire à travers les trous D pratiqués dans le tube du brûleur.

Il se produit un mélange d'air froid et de produits de combustion très chauds qui passe dans le tube flexible F que l'on mobilise grâce à la poignée H.

A l'orifice de sortie G, l'air est à une température que l'on obtient *instantanément* et *à volonté* sur une échelle de 0° à 300°.

Les avantages de cet appareil sont les suivants :

Le bon marché de l'appareil, sa faible consommation, la possibilité d'obtenir instantanément la température que l'on veut employer, enfin sa solidité.

En pratique, nous pensons qu'il est préférable de se servir d'un moteur un peu plus fort que celui que nous venons d'indiquer, 10 à 12 kilogrammètres par exemple, et de consommer un peu plus de gaz, ce qui est facile; car pour la dépense que nous avons indiquée nous n'ouvrons guère que des deux tiers, le robinet d'un tuyau fait pour un bec Auer ordinaire.

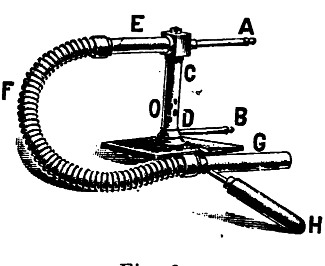


Fig. 2.

Si l'on voulait rester dans la dépense citée en gaz et en électricité, il serait bon de raccourcir le tuyau flexible de façon à avoir un jet d'air plus chaud.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que l'association de la pompe à air de Gaiffe et du chauffoir de Dausset donne un appareil pratique, de réglage très souple, de fonctionnement n'exigeant qu'une dépense minime qui facilite considérablement l'application de ce procédé thérapeutique des résultats duquel nous avons l'intention d'entretenir prochainement la Société.

## Communications.

### I. — *Les actions thermiques des courants de haute fréquence* (1),

par MM. A. ZIMMERN et S. TURCHINI.

L'année dernière, lors de la discussion sur l'action des courants de haute fréquence sur la tension artérielle, j'ai, à mon grand regret, été empêché de vous apporter mes observations personnelles. Depuis lors, j'ai pu, avec mon collaborateur et ami Turchini, approfondir cette question, et je viens vous apporter des faits qui permettent, selon nous, d'envisager la question sous un

(1) Ce travail, présenté le 10 juin, n'a pu être inséré, pour cause de retard, dans le numéro du 24 juin.



jour un peu nouveau. Le mode d'application que nous avons employé est le lit condensateur, application où le sujet représente l'une des armatures d'un condensateur.

Nous avons renoncé à étudier les effets de la méthode dite d'autoconduction, les recherches faites en octobre dernier par MM. Bergonié, André Broca et le capitaine Ferrié ayant définitivement établi que, même avec le dispositif puissant de la télégraphie sans fil, on ne produisait aucun abaissement de la tension artérielle, ni chez l'animal, ni chez l'homme sain, ni chez l'hypertendu.

Ces conclusions n'excluaient pas la possibilité d'une action du lit condensateur; car, si, dans la méthode de l'autoconduction, le sujet se trouve en dehors du circuit, il se trouve, dans l'application dite « lit condensateur », faire partie intégrante du circuit.

Or, chez le chien normal, chez le chien dont on a tenté d'élever la tension à l'aide de substances hypertensives, le manomètre à mercure mis en communication avec la fémorale. n'enregistre après l'application du courant aucune modification de la tension.

Chez l'homme cependant, il n'est pas douteux qu'on puisse, dans quelques cas, déceler un abaissement variant de 1 à 2 centimètres de mercure, mais le fait est loin d'être constant.

Au cours de nos expériences, nous avons été fortuitement amenés à rechercher les variations de la température centrale, et, ainsi que nous l'avions déjà observé il y a quelques années, nous avons pu noter une élévation thermique de quelques dixièmes de degré. Cette augmentation de température est particulièrement frappante chez les animaux mis artificiellement en hypothermie, par le chloral par exemple.

Ces variations de température ne nous ont pas autrement surpris. Le fait que l'animal ou l'homme s'échauffe sous l'influence des courants de haute fréquence répond parfaitement à l'action physique de ces courants. En effet, l'intensité relativement considérable que l'on débite, et qui oscille autour de 4 à 500 milliampères produit un effet Joule considérable, et le calcul montre que la quantité de chaleur communiquée ainsi au conducteur

vivant, animal ou homme, représente par unité de temps le double de la thermogenèse normale.

Mais l'animal et l'homme ne laissent pas doubler leur thermogenèse sans se défendre contre l'apport de calories. Chacun se défend à sa façon. Le chien met en jeu, quand sa température tend à s'élever, un moyen de régulation puissant qui lui permet de conserver son homœothermie : il entre en polypnée. Et, de fait, sous l'influence de la haute fréquence, la fréquence respiratoire du chien passe de 10-16 respirations à la minute à 20-30-50 et davantage.

L'homme possède deux moyens de se défendre contre le chaud : la vaso-dilatation périphérique pour des échauffements modérés, l'évaporation cutanée pour des apports de chaleur considérables.

Pour provoquer la transpiration, il faut au moins que la thermogenèse soit triplée : cela est difficile avec les intensités communément employées en haute fréquence, et il est rare, sauf en été, de voir suer les malades sur le lit condensateur. Mais la vaso-dilatation périphérique se produit toujours : elle est la règle. Et c'est pour cela que l'on note, ainsi que MM. Laquerrière et Delherm l'ont indiqué l'an dernier, ces modifications caractéristiques du pouls volumétrique ; augmentation notable de l'amplitude, dicrotisme plus apparent. Il en résulte donc que la haute fréquence échauffe l'organisme et provoque l'apparition du moyen réflexe de défense contre le chaud : la vaso-dilatation périphérique.

Notre ancien président et collègue M. Legendre a communiqué ici même il y a quelques mois l'observation d'un malade artério-scléreux chez lequel, pour combattre la sensation de froid, il avait conseillé les courants de haute fréquence. L'heureux résultat obtenu confirme cliniquement notre théorie physiologique de l'action de la haute fréquence et nous permet de voir dans cette modalité thérapeutique un procédé de thermothérapie, procédé moins brutal, moins violent que les procédés de thermothérapie connus (bains de chaleur radiante, de soleil, de lumière) qui arrivent rapidement à la sudation, et en différant d'autre part, parce que l'action thermique au lieu d'être exogène,

c'est-à-dire au lieu de se faire de dehors en dedans, est endogène, et prend naissance dans le conducteur vivant lui-même.

On pourrait espérer par ce moyen suppléer à la thermogenèse normale et permettre à certains sujets de faire des économies sur leurs propres combustions. A ce point de vue, des applications prolongées de haute fréquence auraient peut-être leurs indications chez les tuberculeux. Une tentative de ce genre ne nous semblerait pas illogique.

Nous nous contenterons cependant de poser comme indications à l'emploi de la haute fréquence, en raison de son action, sur la circulation périphérique, maintenant nettement établie par l'expérimentation physiologique : les états congestifs viscéraux, les œdèmes par stase périphérique et enfin et surtout la cryesthésie des brightiques et des artério-scléreux. D'une manière générale, la haute fréquence sera à utiliser chaque fois qu'il y aura lieu de rappeler ou d'activer la circulation périphérique.

M. CHEVALIER. — Combien de temps cette vaso-dilatation durait-elle?

M. ZIMMERN. — Je l'ai observée sur moi-même encore deux ou trois heures après la séance.

M. LAQUERRIÈRE. — Je demanderais à M. Zimmern s'il peut nous expliquer pourquoi, avec la haute fréquence, on observe chez certains sujets l'augmentation de l'amplitude du pouls capillaire, tandis que chez d'autres il n'y a pas de modification.

M. ZIMMERN. — L'observation de M. Laquerrière est exacte, mais je crois que ces variations individuelles ressortissent beaucoup à la technique utilisée. Quand on prend le pouls capillaire sur les doigts à l'aide de l'appareil de Hallion et Comte, il faut avoir soin, si l'on ne veut pas avoir des modifications inverses, diminution de l'amplitude du pouls, de faire entrer le courant en un point éloigné, et symétriquement ; c'est ainsi, par exemple, que nous avons fait entrer le courant par les deux jambes de nos sujets. Si l'on fait entrer le courant par la main gauche, alors que la droite est coiffée du manchon de Hallion-Comte, l'afflux

de sang qui se fait vers la main gauche bouleverse complètement les résultats de l'expérience.

Je dois ajouter toutefois qu'il y a des sujets qui disposent d'un système vaso-dilatateur très sensible, d'autres chez lesquels il ne l'est pas.

### II. — *Du pragmatisme en médecine : la thérapeutique pragmatique,*

par le Dr Louis Rénon,
Professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de la Pitié.

La thérapeutique est envahie par les théories, au grand détriment des malades. A la thérapeutique symptomatique, on a opposé la thérapeutique pathogénique. Comme la pathogénie de la plupart des maladies nous échappe encore, la thérapeutique suit la fortune des théories médicales, et nous assistons à une véritable ataxie thérapeutique rationaliste. Chaque année, on trouve mauvaises des médications qui paraissaient excellentes les années précédentes. Chaque année, on réhabilite des médications tombées dans l'oubli. Chaque année, au nom des théories régnantes, on nous promet la guérison de tel ou tel fléau, et la promesse n'a pas de lendemain. Le cumul des déceptions conduit les médecins au scepticisme et à l'inaction. La thérapeutique est délaissée et dédaignée. Elle n'est plus cultivée que par quelques esprits qui persistent à croire que le rôle du médecin n'est pas de se croiser les bras et de laisser les malades courir chez les charlatans, qui savent mettre en pratique cette maxime de La Rochefoucauld : « L'espérance, toute trompeuse qu'elle est, sert au moins à nous mener à la fin de la vie par un chemin agréable. »

Est-il possible de réagir contre de pareilles tendances? Oui, car si l'on regarde ce qui se passe aujourd'hui en dehors de la médecine, dans les autres sciences et dans la philosophie, on est frappé de voir les hésitations de certains savants et de certains philosophes dans la recherche de ce qu'ils estimaient être la vérité absolue. Une réaction s'établit nettement contre les excès

du rationalisme et de l'intellectualisme. La poursuite de la vérité absolue n'a souvent donné que des déceptions. Les sciences exactes reposent, la plupart, sur des hypothèses, et elles ne peuvent mettre en lumière que des vérités relatives; car, ignorant l'essence même des phénomènes, elles ne connaissent que les rapports des phénomènes entre eux. Cela n'empêche pas la science de faire, même avec des vérités relatives, des progrès constants dont nous apprécions tous les jours l'importance dans notre vie pratique.

Cette tendance scientifique est d'accord avec l'évolution philosophique suivie, depuis une quinzaine d'années, par des esprits distingués anglo-américains qui ont opposé à la philosophie rationaliste allemande et latine une philosophie nouvelle, le pragmatisme (1). Ce dernier, esquissé en France par M. Fiessinger (2), s'étend chaque jour davantage du monde anglo-saxon dans le monde latin.

Qu'est-ce donc que le *pragmatisme*? Le terme pragmatisme vient de πρᾶγμα, fait, acte, action. C'est la philosophie des faits, la philosophie de la vie pratique, la philosophie des résultats, de l'expérience et de l'action. « Pour un pragmatique, dit M. Gustave Le Bon, il n'y a ni vérité ni erreur, mais seulement des résultats. Utilité et vérité sont synonymes (3). »

Est-il possible, est-il désirable même d'appliquer ces notions à la médecine et de créer une doctrine pragmatique de la médecine ?

Si l'on recherche le sens étymologique du mot pragmatique (πραγματικὸς, qui étudie les faits en eux-mêmes, propre à l'action, efficace, énergique), on voit que la médecine ne peut se com-

(1) La notion philosophique du pragmatisme a été vulgarisée en France surtout par M. J. Bourdeau, dans une série d'articles remarquables du *Journal des Débats* (24 février, 29 octobre et 19 novembre 1907, 21 janvier et 18 février 1908).

(2) Ch. Fiessinger. *Science et Spiritualisme*, Paris, 1906.

(3) Gustave Le Bon. *Philosophie et religion. Leur évolution nouvelle: le pragmatisme*, l'*Opinion*, 11 avril 1908.

prendre que si elle est pragmatique. Elle est la science de l'observation agissante, et elle est souvent pragmatique sans le savoir. Le pragmatisme médical, ce n'est pas le vieil empirisme médical, même pris dans le sens bon, vrai et littéral du mot (ἐμπειρία, expérience). C'est autre chose, ou plutôt c'est quelque chose de plus. C'est l'expérience de tous les résultats, d'où qu'ils viennent, de la tradition comme de la science la plus récente. C'est l'empirisme associé à la science. C'est l'*empirisme scientifique*, malgré la contradiction apparente de ces deux termes, c'est-à-dire l'empirisme faisant usage de tous les moyens mis par la science à la disposition de la médecine. Comme la médecine expérimentale de Claude Bernard, la médecine pragmatique est « par nature une médecine antisystématique et antidoctrinale » ; comme elle, « elle est libre et indépendante par essence et ne veut se rattacher à aucune espèce de système médical (1) ». « La clinique prend son bien partout où elle le trouve », a dit très justement mon maître, le professeur Dieulafoy (2). La médecine pragmatique doit suivre ces préceptes et se servir de toutes les méthodes d'examen. Elle appliquera aussi bien l'auscultation que les notions les plus récentes sur l'immunité, et fera le diagnostic par la déviation du complément, s'il est prouvé que la réaction de Wassermann a une valeur spécifique. Elle doit accepter tout, sauf les théories dénigrantes, stériles et impuissantes des rationalistes, qui mènent à l'indifférence et au scepticisme.

Si le pragmatisme est désirable partout en médecine, il doit surtout s'appliquer à la thérapeutique, cette conclusion logique, pratique et active de la clinique.

La thérapeutique pragmatique utilise toutes les médications qui soulagent les malades, quelles que soient leurs origines. Elle n'a aucun amour-propre et juge seulement d'après les résultats obtenus.

---

(1) CLAUDE BERNARD. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, édition de 1903, p. 350.

(2) DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne*, 15e édition, 1908, t. I, p. 45.

Elle a recours à la thérapeutique du passé, où, à côté du repos au lit et de la diète qui datent des premiers âges de la médecine, elle puise des médications excellentes, comme l'émission sanguine locale et le cautère si utile dans les cardiopathies. Elle y trouve quelques merveilleuses drogues, comme le colchique, ce remède de la goutte qui date de plusieurs centaines d'années, comme le mercure, comme la digitale, etc.

Elle a recours aux diverses pharmacopées, pharmacopée suisse, anglaise et américaine, etc., riches en substances précieuses voire même à la pharmacopée homœopathique où se trouvent quelques bons médicaments.

Elle a recours aux sciences chimiques, physiques, naturelles et biologiques. Elle utilise les progrès synthétiques de la chimie organique, les progrès de la physique, les progrès de la chimie physique, les émanations de la matière, les rayons X, le radium, les colloïdes, l'ionisation médicamenteuse, les plantes indigènes et exotiques, ainsi que toutes les découvertes de l'école pastorienne.

Elle a recours à la physiologie et traite les troubles du fonctionnement des glandes par l'opothérapie physiologique.

Elle a recours à la cinésothérapie, à la physiothérapie, à la climatologie et aux cures hydro-minérales.

Elle a recours aux très petits moyens, s'il le faut, petits moyens qui produisent souvent de si grands effets sur les malades, et, convaincue de l'importance des détails, elle ne néglige jamais de les indiquer.

Elle a recours à la diététique, mais à une diététique basée sur l'expérience, ennemie des régimes draconiens, tenant toujours compte de la physiologie digestive et de la physique alimentaire.

Elle individualise le traitement pour chaque cas particulier, et se garde bien de toute systématisation impossible à comprendre avec la diversité que l'hérédité et les acquisitions pathologiques impriment à chaque cas morbide. Loin de partager l'avis de ceux qui prétendent qu'il est criminel de parler de terrain en méde-

cine, elle tient le plus grand compte du terrain naturel et du terrain pathologique.

Elle est enfin convaincue de l'influence énorme du moral sur le physique et elle joint la psychothérapie aux diverses médications. Elle ne traite pas l'homme souffrant comme un lapin ou un cobaye, et elle agit bien plus sur son sentiment que sur sa raison. Elle est la vendeuse d'espoir, pleine de promesses, n'arrivant jamais les mains vides devant la détresse humaine, disant toujours oui et jamais non. Elle exerce « le sacerdoce humanitaire » dont parle le professeur Albert Robin dans sa belle leçon d'ouverture du cours de clinique thérapeutique. Le malade qui s'adresse à elle voit s'élargir « le lambeau d'espérance » qui l'attache encore à la vie.

La thérapeutique pragmatique n'est pas un recul dans la recherche de la vérité médicale. En attendant l'heure encore lointaine de la solution scientifique de tous les problèmes médicaux, elle est une force en évolution agissante, toujours à l'avant-garde du progrès. Elle ne cesse de chercher le nouveau, s'il lui est utile, acceptant même les théories, si elles sont un instrument d'action et de résultats, quitte à les délaisser ensuite. En un mot, la thérapeutique pragmatique, sur laquelle je me propose de revenir plus longuement par la suite, est la thérapeutique du sens pratique de l'action.

M. Manquat. — Les idées que vient d'exprimer M. Rénon, je les expose tout à fait semblables dans un ouvrage sous presse. Seulement ce que j'appelle thérapeutique rationnelle, c'est précisément ce que M. Rénon lui oppose sous le nom de thérapeutique pragmatique. Et je voudrais bien qu'il m'explique pourquoi la thérapeutique pragmatique n'est pas rationnelle, et pourquoi la thérapeutique rationnelle n'est pas pragmatique.

M. Rénon. — Je n'ai pas opposé la thérapeutique pragmatique à la thérapeutique rationnelle, mais à la thérapeutique rationaliste, c'est-à-dire à la thérapeutique théorique, qui, au nom du raisonnement, prévoit et indique des résultats qui ne se produisent souvent pas. La médecine pragmatique, tout en étant par

essence la médecine des résultats, ne nie nullement le déterminisme des phénomènes, et elle exerce sur des faits bien observés la logique du sens commun ; mais elle ne veut, à aucun prix, se perdre dans la métaphysique transcendante des théoriciens.

La solution scientifique de tous les problèmes morbides peut se faire attendre encore quelques années ou quelques siècles. Comme l'homme souffrant réclame un soulagement immédiat, la médecine doit agir, même avec les moyens encore imparfaits dont elle peut disposer à l'heure actuelle. La thérapeutique pragmatique, qui ne juge que d'après les résultats obtenus, recherche soigneusement, sans parti pris, partout où elles peuvent exister, toutes les médications capables de soulager les malades. Elle est donc une réaction nette contre le scepticisme et le nihilisme thérapeutiques.

## REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

### Hygiène et toxicologie.

**La transmissibilité de la tuberculose par la caséine alimentaire** (*C. R. Acad. des Sciences*). — Les recherches de M. Calmette (de Lille) démontrant la virulence du lait d'origine tuberculeuse, après ébullition ou stérilisation ont incité M. Marcel Guédras à rechercher si les aliments destinés aux enfants, que l'on trouve dans le commerce sous les noms les plus divers et dont la base est la caséine du lait, ne sont pas, eux aussi, des agents de transmission de la tuberculose. Si l'on prend, dit-il, dans une communication à l'*Académie des Sciences* de Paris, du lait de vaches tuberculeuses, qu'on le passe à l'écrémeuse centrifuge, puis que l'on traite le petit-lait pour en extraire la caséine, en se plaçant dans les mêmes conditions que le traitement industriel, après dessiccation de la caséine obtenue, on préparera l'un des principaux produits alimentaires connus.

On constate que la caséine sert de véhicule aux germes tuber-

culeux. Si l'on fait une dissolution de cette caséine alimentaire dans de l'eau stérilisée, on observe, ainsi que M. Calmette l'a déjà noté lors de ses expériences avec du lait stérilisé de provenance tuberculeuse, que les cobayes succombent entre le 37e et le 38e jour. Chez les cobayes auxquels on a fait ingérer des bacilles tuberculeux secs, puis, quinze jours après, la solution de caséine alimentaire tuberculeuse, on constate un amaigrissement rapide, puis la mort survient vers le 40e ou le 41e jour.

Les bacilles tuberculeux résistent donc aux différentes manipulations qui ont présidé à la préparation subie par le lait. Aussi faut-il n'employer, pour la préparation des produits alimentaires caséinés ou donnés au public comme étant à base d'albuminoïdes du lait, que des caséines provenant de lait exempt de germes tuberculeux.

On ne saurait trop attirer l'attention des hygiénistes sur les différents produits que l'on trouve dans le commerce, désignés sous des noms différents, qui sont destinés aux enfants et qui ont pour base la caséine, aliment riche et précieux, mais qui peut être dangereux.

La caséine desséchée à basse température reste le véhicule des bacilles de Koch.

**Intoxication par les emplâtres belladonés.** — DOLAND cite quatre cas d'intoxication assez sérieux survenus à la suite de l'application d'emplâtres belladonés sans l'indication du médecin.

Le premier cas concerne un homme de quarante-sept ans qui fut amené à l'hôpital avec un délire intense. Les pupilles étaient dilatées et ne réagissaient plus à la lumière, une éruption érythémateuse couvrait tout le tronc.

On avait appliqué successivement des emplâtres belladonés sur les épaules et le tronc. La bouche et la langue étaient sèches, le pouls rapide : 144 avec 28 respirations à la minute. Le diagnostic fut fait d'après les symptômes et par suite de la présence de l'emplâtre encore adhérent à la peau. Trois heures après l'enlèvement des emplâtres, les symptômes s'amendèrent progressive-

ment. Deux des emplâtres avaient été appliqués depuis huit jours et les deux autres plus récemment après une forte friction de la peau.

Le deuxième malade était atteint de douleurs rhumatismales et s'était appliqué deux emplâtres belladonés dans le dos. Il fut trouvé en état de stupeur profonde, faisant penser à une attaque d'apoplexie; le pouls était rapide, la face était rouge; un érythème scarlatiniforme couvrait toute la partie supérieure du corps. Tous les accidents disparurent après l'enlèvement des emplâtres.

Dans les autres cas, les accidents furent analogues, mais moins accentués. (*Amer. Journ. of the med. Sc.*, avril 1906.)

**Intoxication chronique par le thé.** — Tout comme l'abus du café, l'abus du thé est préjudiciable à l'organisme, il provoque une accélération des battements du cœur, de l'insomnie, une surexcitation extrême. Comme lui encore il produit de l'excitation cérébrale, mais aussi une excitation physique se traduisant par une sensation de force, de l'hypersensibilité locale ou généralisée.

Le thé exerce une action directe sur les fibres du cœur qui peut être favorable à la condition qu'elle ne se prolonge pas trop longtemps : sans quoi le système nerveux, fâcheusement impressionné, trahit sa souffrance par des maux de tête, des vomissements.

Il faut avouer cependant qu'il existe sous ce rapport des différences individuelles assez marquées et M. J. Leguyer, qui s'occupe tout particulièrement de cette question (*Gazette médicale de Nantes*, n° 48), fait remarquer combien elle peut varier avec les modifications du régime, l'âge, les occupations plus ou moins actives du malade. Mais ce qui domine tout, au point de vue de la susceptibilité, surtout dans l'intoxication chronique, c'est l'état névropathique antérieur des sujets. Si pour ce motif il est difficile de fixer les doses qui peuvent être tolérées, du moins sera-t-il utile de savoir que des accidents sérieux peuvent résulter de l'absorption répétée de doses même modérées.

# FORMULAIRE

## Un lait vermifuge pour les enfants.

Mousse de Corse........................ 6 gr.

Jetez dessus :

Lait bouillant........................... 100 »

Passez et ajoutez :

Sucre.................................. 20 »

Prendre en une fois le matin à jeun. Cette dose convient à un enfant de deux ans; chez les enfants plus âgés, on pourra donner 8, 10, 15, 20 grammes.

## Un gargarisme antiseptique contre le mal de gorge.

Naphtol-β.............................. 0 gr. 20
Perborate de soude..................... 15 »
Eau de menthe.......................... 200 »
Eau bouillie........................... Q. s.

Pour faire un litre.

Se gargariser matin et soir avec ce gargarisme qu'on fera tiédir préalablement au bain-marie.

## Contre l'odontalgie.

Mixture. — Triturez au mortier :

Acide phénique neige.................. 10 gr.
Camphre............................... 8 »
Menthol............................... 8 »

Ajoutez ensuite :

Chloroforme........................... 4 »
Essence de girofle.................... 1 »
Essence de moutarde................... 1 »

On imbibe, avec cette mixture, un petit tampon de coton qu'on introduit ensuite dans la dent creuse.

---

*Le Gérant :* O. DOIN.

Paris. — Imprimerie Levé, rue Cassette, 17.

## REVUE SPÉCIALE

par le Dr CHARLES AMAT.

### Les maladies qu'on soigne à Berck. La pratique du Dr Calot.

(*Suite.*)

III

LES TUMEURS BLANCHES.

Les articulations suspectes de *tumeurs blanches* sont traitées par M. Calot comme s'il s'agissait d'un faux-pas ou d'une entorse, par des massages et par l'exercice plus ou moins complet des mouvements. Si, après deux, trois, quatre semaines de ce traitement, tous les signes de l'inflammation articulaire sont disparus, il en conclut qu'il ne s'agissait pas d'une lésion tuberculeuse. Si, au contraire, sous l'influence de ce traitement les signes s'accusent, la douleur surtout, il faut conclure à la tumeur blanche et traiter le malade en conséquence.

Pour le traitement des tumeurs blanches, on devra repousser, bien entendu, les interventions sanglantes et en particulier la résection qui compromet par trop le fonctionnement des membres par l'infirmité qu'elle laisse, et s'adresser ici encore aux injections modificatrices qui, poussées dans les grandes cavités synoviales, guériront vite les tumeurs des membres, sans cependant faire des mutilations.

Au fait, la tumeur blanche peut être considérée comme un abcès froid véritable s'il y a épanchement articulaire, comme un abcès froid virtuel lorsque l'épanchement n'existe pas encore : aussi le meilleur traitement sera-t-il réalisé par les

ponctions, suivies d'injections de liquides modificateurs. De cette façon l'on guérit sûrement, plus sûrement qu'avec n'importe quel autre procédé, l'on guérit alors vite, l'on guérit sans mutilation, c'est-à-dire qu'on laisse la jointure dans les meilleures conditions pour qu'elle puisse recouvrer ses mouvements.

La guérison s'obtient, comme dans le cas d'abcès froid, après huit à dix ponctions qui se font tous les quatre ou cinq jours, c'est-à-dire dans l'espace de quatre à huit semaines. Dès que ce résultat est considéré comme obtenu, il ne reste plus qu'à rétablir la fonction. Après quelques semaines de repos, on a recours aux massages, à des mouvements communiqués à la main et surtout par des machines appropriées à chaque jointure, de manière que le malade puisse exercer lui-même son articulation ; ces exercices demandent au malade trois heures par jour.

Cette mobilisation, d'autant plus facile et efficace que jamais il n'a été pratiqué d'immobilisation, nécessite quelques mois.

En somme, les opérations sanglantes ne sont pas plus indispensables ici qu'ailleurs pour arriver à la guérison de la tuberculose. Les injections modificatrices guérissent plus sûrement et guérissent mieux que les opérations sanglantes ; elles atteignent, en effet, plus sûrement que la scie ou la curette, les lésions de la jointure tuberculeuse.

Est-il en principe un liquide modificateur que l'on doive préférer aux autres ? Pour les enfants pusillanimes et pour les formes légères de la tuberculose articulaire, la glycérine ou l'huile iodoformée paraissent préférables, la réaction étant minime. Avec tous les autres liquides et le naphtol camphré en particulier, il se produit une réaction plus grande qui entraîne la fonte de ces fongosités et leur chute dans la

cavité articulaire, gonflée par un liquide composé de leurs débris et de la sécrétion de la synoviale irritée. Avec l'iodoforme, la tuberculose évolue suivant le type sec. Avec le naphtol camphré, la tumeur blanche devient liquide ; elle évolue comme un abcès froid de la jointure. Les injections d'iodoforme sont mieux acceptées et elles donnent peut-être un peu plus de chances de conserver la mobilité de la jointure. Les injections de naphtol camphré donnent peut-être une guérison plus sûre en ce qu'elles amènent les débris de fongosités à l'extérieur; elles modifient alors profondément les tissus et sont préférables pour les tumeurs blanches, un peu anciennes déjà, où la question de mobilité à conserver ne se pose même pas.

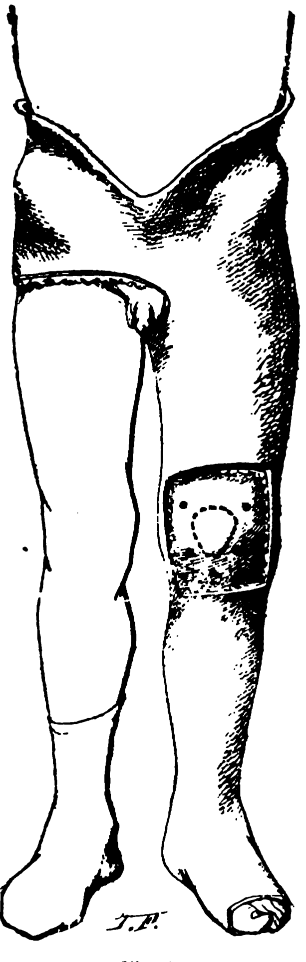


Fig. 7.

Pendant ce traitement, la jointure est laissée en liberté ou plutôt dans un demi-repos. Instinctivement le malade fera, tout en restant dans la position couchée, quelques mouvements de la jointure en traitement, et cela suffira pour prévenir la soudure.

Dès que le traitement par les injections est fini, l'on attend patiemment que la mobilité revienne et se développe progressivement. L'autorisation de marcher ne sera donnée au malade que lorsqu'il aura recouvré la vigueur nécessaire des muscles, ce qui s'acquiert par de longs et prudents massages, faits quotidiennement après les injections.

L'on ne peut poser de règles générales à ce sujet, car il y a des indications spéciales pour chaque jointure et pour chaque cas particulier.

Mais la cure des tumeurs blanches ne doit pas se borner à la fonte des fongosités, au rappel de la mobilité de la jointure assainie. Il importe d'obtenir ensuite la correction des attitudes vicieuses si fréquemment observées.

Dans ces cas, M. Calot commence par assainir préalablement la jointure. Il redresse ensuite, c'est-à-dire à un moment où tout danger d'inoculation est supprimé. A l'hôpital, dès que l'articulation est assainie, le redressement s'obtient dans la majorité des cas en une séance suivie de l'application d'un appareil plâtré. En ville, si l'on demande de guérir en essayant de sauvegarder les fonctions, le redressement se fera lentement, sans chloroforme, par une traction continue, exercée sur la périphérie du membre dévié.

S'il s'agit du *genou*, deux cas peuvent se présenter, suivant que l'on est consulté au début de la maladie ou à un stade plus avancé.

Il importe de faire un diagnostic précoce surtout dans le premier cas où l'on doit à ce malade une guérison intégrale, c'est-à-dire la disparition complète du foyer tuberculeux, le retour normal de la fonction du membre avec tous ses mouvements et ce résultat ne sera obtenu qu'en instituant un traitement hâtif. Il ne faut pas hésiter à mettre

d'emblée le membre dans le plâtre et à faire des injections modificatrices.

L'appareil plâtré à établir, bien modelé au niveau des saillies osseuses pendant sa solidification, ira de l'ombilic aux orteils (fig. 7) : on pratiquera une fenêtre au niveau du

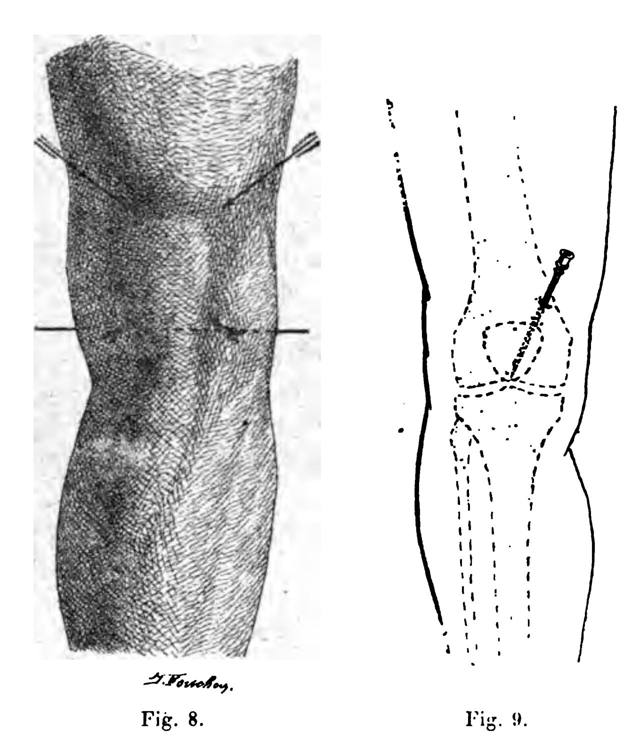


Fig. 8. Fig. 9.

genou, dans l'articulation duquel on fera, suivant l'âge du malade, une injection de 2 à 5 cc. de la solution créosotée-iodoformée. Pour faire ces injections, on pénétrera dans l'articulation. Dans ce but (fig. 8), tracer à 1 centimètre au-dessus du bord supérieur de la rotule une horizontale et

sur cette horizontale piquer, à 1 centimètre en dehors et en dedans des angles supérieurs de l'os. Avoir soin d'incliner l'aiguille en bas (fig. 9) et vers la ligne médiane de la rotule comme si on visait le tiers inférieur de cette ligne médiane. On pénètre ainsi dans la cavité articulaire et le cul-de-sac tricipital se gonfle pendant l'injection.


Fig. 10.

Il faut faire douze à quinze injections à raison de deux par semaine, ce qui fait deux mois.

Après les injections, faire une bonne compression : une lanière d'ouate hydrophile mouillée et exprimée est placée en couronne autour de la rotule (fig. 10), de manière à recouvrir en entier les prolongements synoviaux ; on bourre avec une couche d'ouate assez épaisse et on serre le tout au moyen d'une bande Velpeau.

On change cette compression tous les huit jours au début, puis tous les quinze jours seulement, en s'assurant chaque fois que rien d'anormal ne se passe dans l'articulation. Plâtre et compression seront laissés en place pendant deux mois. En sortant du plâtre, le genou n'aura que peu de mouvements, mais il ne faut pas en conclure que la tumeur blanche n'est pas guérie. Cette raideur qui sera passagère et qui ne sera mobilisée que spontanément par le malade, est l'effet de l'immobilisation dans l'appareil.

Au bout de quatre à six mois on lèvera le malade, mais pour éviter les entorses, sources de rechutes, on lui mettra pour la marche un appareil en celluloïd qui sera laissé un an.

En résumé, il faudra : deux mois d'injections, deux mois de compression ouatée, six mois de repos au lit.

Sans doute c'est là un traitement long et délicat, mais le temps où toute tumeur blanche était condamnée à guérir avec une ankylose n'est pas si loin que pour un résultat meilleur on ne se donne un peu de mal.

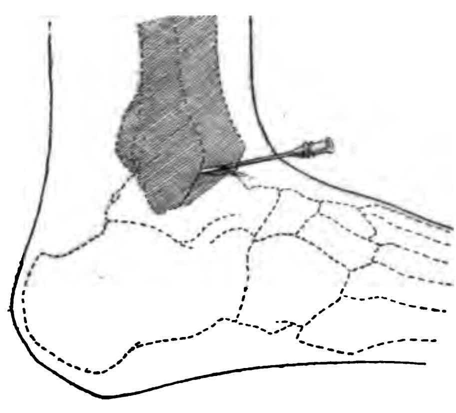


Fig. 11.

La tumeur blanche est à la période d'état, il y a attitude vicieuse, des fongosités ou un abcès. On peut promettre aux parents inquiets de rendre au malade un genou sain, droit et solide avec *peut-être* des mouvements, mais ce dernier point, on ne l'affirmera pas : si l'enfant a moins de dix ans, il a 80 chances sur 100 de retrouver un genou fonctionnant normalement; s'il a plus de dix ans, ses chances sont diminuées et il en reste fort peu aux adultes. Mais, dans tous les cas, le traitement est le même et consiste à ponctionner pour faire des injections de naphtol pur s'il y a abcès, de naphtol glycériné s'il y a fongosités. Les injections seront pratiquées dans l'articulation au niveau de l'interligne ou

plus exactement sur le ligament rotulien coupant l'horizontale passant par les points de la rotule.

Après deux ou trois injections, on mettra le membre dans



Fig. 12.

un grand plâtre allant lui aussi de l'ombilic aux orteils, bien monté sur les saillies osseuses. Pendant la prise de l'appareil, un aide exercera sur le pied une traction forte et con-

tinue pendant que l'opérateur appuiera sur le genou jusqu'à ce que le membre soit droit. Le lendemain, on fait une fenêtre au niveau du genou et l'on continue ponctions et injections. Quand on a injecté douze fois du naphtol, on cesse son emploi et l'on ne fait plus que des ponctions aussi espacées que possible. Entre chaque ponction, on fait à l'aide d'ouate et de bande Velpeau une compression exacte de l'articulation.

Trois mois après la dernière ponction, on supprime l'appa-

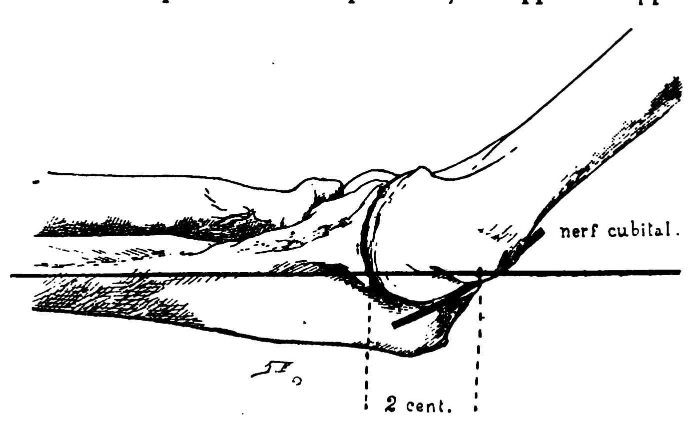



Fig. 13.

reil et la suite du traitement est la même que dans le premier cas. Ici encore, il faudra avoir bien soin, s'il l'on désire obtenir des mouvements de ne rien hâter pour les faire revenir.

Dans la tumeur blanche du *cou-de-pied* (fig. 11), on pénétrera dans la cavité en avant au niveau de l'un des angles latéraux tibio-astragaliens. On se gardera ainsi très sûrement des vaisseaux et nerfs situés sur le milieu de la face antérieure du cou-de-pied.

A l'*épaule* (fig. 12), le point d'élection se trouve en avant entre l'apophyse coracoïde et la coulisse bicipitale. L'apophyse coracoïde pointue est toujours facile à sentir, même chez les sujets gras, à la partie antérieure de la voûte osseuse de l'épaule. De la pointe osseuse de l'apophyse coracoïde il faut se porter horizontalement en dehors à 1/2 *centimètre de l'apophyse* chez l'enfant, à 1 centimètre chez l'adulte, et enfoncer l'aiguille en ce point, d'avant en arrière et un peu de haut en bas, jusqu'à ce que la pointe de l'aiguille arrive au contact de la tête humérale.

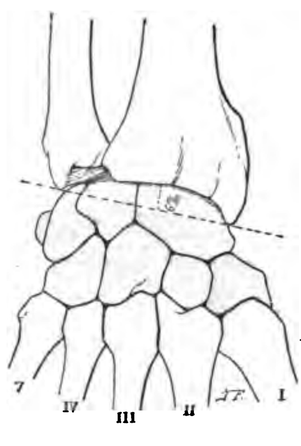


Fig. 14.

Au *coude* (fig. 13), le point d'élection se trouve en *arrière* au-dessus *du bec de l'olécrâne.* En fléchissant l'avant-bras à angle droit, on sent facilement le bec de l'olécrâne et au-dessus de lui le tendon du triceps tendu dans cette position. Il suffit de piquer à 3 *ou 4 millimètres au-dessus de la saillie osseuse* pour pénétrer sûrement dans la cavité du cul-de-sac synovial.

On piquera au *poignet* (fig. 14) à 6 ou 7 millimètres au-dessus d'*une ligne droite réunissant les deux apophyses* styloïdes du cubitus et du radius.

C'est par les saillies fongueuses développées sur le dos de la main dans les culs-de-sac de la séreuse articulaire qu'on fera pénétrer le liquide à injecter.

(*A suivre.*)

# THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

## L'ophtalmo-réaction à la tuberculine dans le diagnostic précoce de la tuberculose humaine.

Par le Dr CLEMENTE FERREIRA (de Saô-Paulo (Brésil).

Au point de vue du traitement, et aussi de la prophylaxie de la tuberculose, il ressort avec un évident relief l'importance d'une diagnose précoce, d'une reconnaissance opportune du mal.

A la phase fermée de la maladie, à l'étape de germination du professeur Grancher, la solution du problème diagnostic est parfois entourée de difficultés marquées, et les minuties stéthoscopiques et les raffinements de l'auscultation, établis par le regretté phtisiologue français, ne sont pas à la portée de la plupart; ils appartiennent, au contraire, aux domaines d'oreilles trop délicates, compétemment éduquées dans la technique de l'auscultation.

Pour dépister la tuberculose bovine, on a, depuis longtemps, eu recours, et avec des avantages indiscutables, aux propriétés révélatrices des injections de tuberculine, dont la valeur et la finesse de sensibilité, dans la recherche de la bacillose des bovidés, furent surtout mises en relief par le talent et la compétence de Nocard.

Dans la pratique humaine, ce moyen diagnostic a été également employé et nombre de professeurs et de phtisiologues renommés y ont recours dans leur clientèle et dans les services hospitaliers et des sanatoriums.

Même chez les enfants, Hutinel, Comby, Grasset et d'autres vantent les services précieux rendus sous ce rapport par les injections de tuberculine, convenablement maniées et mises en pratique avec la plus rigoureuse prudence.

Néanmoins des inconvénients se montrent parfois, et plusieurs objections ont d'ailleurs été articulées contre les injections sous-cutanées de tuberculine, ce qui fait que nombre de cliniciens et de spécialistes laissent de côté cette efficace ressource pour l'éclaircissement du diagnostic — clé du problème thérapeutique, comme tout le monde le reconnaît.

Récemment von Pirket, de Vienne, a communiqué, à la Société de Médecine berlinoise, avoir trouvé dans la réaction locale, provoquée par les applications dermiques de tuberculine, un excellent élément de diagnostic (séances des 15 et 23 mai 1907).

La méthode de Pirket transportée dans la pratique vétérinaire par le professeur Vallée, d'Alfort, qui lui a donné le nom de *cuti-réaction*, s'est montrée d'une valeur marquée chez les animaux tuberculeux — bovidés et chevaux; — il ne s'est pas produit de réaction appréciable aux applications de tuberculine sur le derme scarifié quand les animaux se trouvaient indemnes d'infection tuberculeuse. Vallée a constaté, dans ses nombreux essais bien conduits, que l'intensité de la cuti-réaction ne semble nullement être en rapport avec la gravité ou l'étendue des lésions que l'animal présente, et, en outre, que le phénomène se dessine mal chez les sujets qui reçoivent à la fois de la tuberculine par la voie hypodermique et par le procédé de scarifications de von Pirket.

La cuti-réaction a été, pour le moment, appliquée rarement à l'espèce humaine; les expériences se bornent jusqu'à ce jour aux faits apportés par von Pirket, Baginsky, Wolff-Eisner, en Allemagne, et Dufour, Sicard, Ferrand, Lemaire, Olmer, Ferras en France; il semble cependant que dans la pratique vétérinaire ce procédé sera d'un grand profit à

cause de la simplicité et de l'innocuité de son application, une fois qu'une somme de faits plus grande et une expérimentation plus large auront assis d'une façon éclatante ses propriétés révélatrices.

Vallée, reproduisant l'expérience de M. Alfred Wolff-Eisner, qui a constaté que l'instillation, dans l'un des yeux d'un animal tuberculeux, d'une goutte de tuberculine diluée dans du sérum physiologique provoque une réaction oculaire, a songé à utiliser cette épreuve sur différents animaux et eu l'occasion de constater la netteté du phénomène sur des chevaux et bœufs tuberculeux, la réaction oculaire se traduisant par du larmoiement, de l'œdème, de la congestion vive et parfois des ecchymoses de la conjonctive; cette réaction manque d'une façon complète chez les individus sains.

Ce que Eisner et Vallée ont fait sur les animaux, Calmette s'est empressé de le faire chez l'homme, et, dans une précieuse note présentée à l'Académie des sciences de Paris, le 17 juin dernier, l'éminent phtisiologue et chercheur s'est occupé des essais diagnostiques réalisés par lui chez 25 individus adultes et enfants, dont 16 atteints de tuberculose et 9 d'autres maladies non tuberculeuses.

En instillant une goutte d'une solution à 1 p. 100 et fraîchement préparée de tuberculine sèche dans l'un des yeux de ces malades, Calmette a provoqué chez les tuberculeux un ensemble de phénomènes locaux, qu'il a dénommés *ophtalmo-réaction* à la tuberculine et qui se traduisent par une congestion très apparente de la conjonctive palpébrale, gonflement et rougeur de la caroncule, larmoiement, formation même de dépôts fibrineux dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

Le distingué savant a remarqué que l'oculo-réaction

commence 3 à 5 heures après l'instillation, le maximum a lieu entre 6 et 10 heures, les phénomènes disparaissant le plus souvent au bout de 24, 36 et parfois 48 heures ; dans certains cas, la réaction peut se montrer tardivement et n'apparaître que 12 à 24 heures après l'instillation.

Chez les sujets sains ou atteints de maladies non tuberculeuses, l'instillation de tuberculine ne provoque aucune réaction.

Tout au plus observe-t-on chez quelques-uns, 3 heures après l'instillation, une légère rougeur, qui reste limitée à la conjonctive et ne s'accompagne ni de sécrétion fibrineuse ni de larmoiement et s'évanouit bientôt.

Différents observateurs et cliniciens spécialistes se sont empressés d'avoir recours à l'ophtalmo-réaction, pratiquée d'après la technique indiquée par le professeur Calmette, et dont la valeur diagnostique a été mise en relief surtout par le professeur Letulle, par le Dr G. Derscheid, médecin en chef du sanatorium de La Hulpe, à Bruxelles, par le professeur Desplats, de Lille, le Dr Comby, de Paris, le professeur Grasset, de Montpellier, et Citron, de Berlin.

L'éminent phtisiologue Letulle a eu recours au procédé de Calmette dans son service de l'hôpital Boucicaut et, d'entre 50 malades, pris au hasard, 40 p. 100 qui ont réagi à l'instillation oculaire d'une goutte de la solution de tuberculine à 1 p. 100 étaient tuberculeux d'après le diagnostic établi pendant la vie ou reconnus tels par l'examen nécropsique ; sur 75 malades du pavillon de tuberculeux du même hôpital, il n'y en eut que 3 qui n'ont point réagi ; 2 étaient moribonds et le troisième était atteint de sclérose pulmonaire non tuberculeuse.

Chez un patient tuberculeux guéri, la réaction oculaire a été négative. Letulle conclut de son expérience que l'oculo-

réaction constitue un procédé simple, inoffensif et beaucoup plus pratique que les injections de tuberculine. La valeur séméiologique de l'ophtalmo-réaction est donc d'une haute importance.

Comby, le renommé et compétent pédiatre parisien, a essayé chez 16 enfants de son service à l'hôpital des Enfants-Malades la réaction produite par l'instillation oculaire d'une goutte de la solution de tuberculine à 1 p. 100 et a obtenu des résultats précis et significatifs, la méthode de Calmette présentant l'avantage de fournir des renseignements diagnostiques, voire chez les malades fébricitants, et rencontrant, conséquemment, une application plus large que les injections de tuberculine.

Le procédé est inoffensif et aisément toléré ; seulement l'oculo-réaction se montre chez quelques enfants assez violente, ce qui a amené Comby à avoir recours, dans ses essais ultérieurs, à la solution à 1 p. 200.

« A l'aide de l'ophtalmo-réaction, dit l'éminent pédiatre, on pourra faire la sélection des enfants tuberculeux dans les milieux familiaux, scolaires, hospitaliers et dans toutes les collectivités, et on adoptera, au besoin, les mesures réclamées pour le traitement et pour la préservation. »

*Citron* a communiqué à la Société de Médecine interne de Berlin les résultats de ses essais en ce sens. Chez 31 tuberculeux avérés l'ophtalmo-réaction n'a manqué que 6 fois, et cela chez des sujets moribonds ou cachectiques, ce qui arrive également pour les injections diagnostiques de tuberculine. D'après l'avis du savant allemand, l'ophtalmo-réaction est un phénomène d'anaphylaxie ou d'hypergie, dû à la production locale d'anti-corps.

Le professeur Grasset, de Montpellier, a soumis à l'épreuve de l'ophtalmo-réaction 31 malades tuberculeux ou atteints

d'autres maladies, l'oculo-réaction a été positive chez 13 et négative chez 18. La réaction a été *positive* chez 4 tuberculeux avec des bacilles dans les crachats, chez 3 tuberculeux cliniquement diagnostiqués, sans bacilles, chez 5 suspects et chez un non-tuberculeux.

La réaction a été *négative* chez un tuberculeux clinique sans bacilles, chez 3 douteux et chez 14 non-tuberculeux, dont 5 syphilitiques.

« Il nous semble, dit Grasset, que le professeur Calmette a donné à la clinique un procédé de la plus grande valeur pour le diagnostic de la tuberculose. »

Dans une étude récente parue dans la *Presse Médicale*, numéro du 13 juillet dernier, Calmette, plus richement documenté sur ce sujet, cite à l'appui de l'utilisation diagnostique de l'ophtalmo-réaction 321 observations recueillies dans différents services de médecine et de chirurgie et même dans quelques sanatoriums.

Tous ces faits sont assez démonstratifs et prouvent que les *individus cliniquement* tuberculeux — enfants et adultes — réagissent nettement sous l'influence de l'instillation oculaire d'une goutte de tuberculine à 1 p. 100.

Chez quelques malades soignés pour des affections non reconnues comme tuberculeuses et qui ont réagi positivement, un examen plus soigneux et rigoureux a décelé l'existence de lésions suspectes ganglionnaires ou pulmonaires.

« Il me semble donc, dit Calmette, que la méthode d'ophtalmo-réaction permet d'établir dans beaucoup de cas un diagnostic précoce ; elle fournit des indications toujours positives chez les tuberculeux avérés, qu'il s'agisse de lésions osseuses, ganglionnaires, viscérales, méningées ou pulmonaires. »

D'un stock plus considérable de faits le professeur Cal-

mette déduit qu'il n'existe aucune relation entre l'intensité de la réaction et la gravité et l'étendue des lésions, ce qui, d'ailleurs, arrive aussi pour les injections de tuberculine. Les lésions tuberculeuses n'ont subi dans tous les cas observés aucune aggravation ou modification pendant et à la suite de la réaction. Aucun des malades n'a présenté de réaction thermique et chez tous l'état général s'est maintenu excellent.

En résumé, affirme l'éminent investigateur, l'ophtalmo-réaction permet d'effectuer avec une certitude à peu près absolue le diagnostic des différentes formes de tuberculose, dont l'examen clinique ou bactériologique n'autorise pas à affirmer la nature.

C'est une méthode d'exploration inoffensive, simple, efficace et élégante, que les médecins praticiens trouveront, dans beaucoup de cas, le plus grand profit à utiliser.

Elle présente sur la cuti-réaction de von Pirket l'avantage de ne nécessiter et de ne produire aucune lésion, même superficielle, de la peau ou des muqueuses, et de n'offrir, en conséquence, aucune porte d'entrée aux germes infectieux que celles-ci peuvent recéler. Elle ne s'accompagne, en outre, d'aucun phénomène douloureux et elle fournit, en moins de vingt-quatre heures, des indications aussi précises que la cuti-réaction en une semaine.

Elle mérite davantage encore d'être substituée au procédé d'injections sous-cutanées de tuberculine, à cause de sa parfaite innocuité.

***

Ayant reçu, grâce à l'amabilité de la maison Poulenc frères, de Paris, un petit tube de *tuberculin-test*, j'ai résolu d'avoir recours au procédé de Eisner-Calmette comme

élément de diagnostic, en utilisant l'oculo-réaction chez des malades suspects de tuberculose, tuberculeux confirmés cliniquement et bactériologiquement, et chez des sujets atteints de maladies non tuberculeuses, qui se présentent dans le service du dispensaire antituberculeux « Clemente Ferreira ».

A une première série de 6 malades, chez qui fut réalisée l'épreuve oculaire avec la tuberculine de l'Institut Pasteur de Lille, ont fait suite de nouveaux essais, pour lesquels on a eu recours à la solution de tuberculine, préparée à l'Institut Pasteur de cette ville et obligeamment mise à notre disposition par le compétent professeur Antonio Carini, directeur technique du même Institut. Le distingué confrère et clinicien du Dispensaire CLEMENTE FERREIRA, M. le Dr Joao Pedro da Veiga, a été chargé de diriger les recherches concernant ce sujet.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS.

*Première série* (tuberculine sèche de l'Institut Pasteur de Lille).

*N°* 1. — A. M..., homme. Suspect de tuberculose par quelques signes physiques et des symptômes cliniques.

Analyses répétées de l'expectoration négatives.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction (instillation d'une goutte de la solution de tuberculine à 1 p. 100).

*Réaction négative.*

Les injections diagnostiques de tuberculine (0 gr. 02) n'ont également pas provoqué de réaction.

*N°* 2. — C. M. C..., femme. Tuberculose pulmonaire confirmée. Analyse du crachat positive.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive forte*, qui a commencé trois heures après

l'instillation, atteignant son maximum au bout de douze heures et disparaissant au bout de vingt quatre heures. Température axillaire avant l'épreuve 37°, trois heures après 37°6.

*N°* 3. — P. M..., femme. Suspecte de tuberculose, forme asthmatique. Analyses répétées de l'expectoration négatives.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive forte* prolongée, persistant pendant soixante-douze heures.

*N°* 4. — A. A. M..., femme. Suspecte de tuberculose (anomalies de l'inspiration et submatité aux sommets).

*Epreuve de l'ophtalmo-réaction.*

*Réaction positive moyenne*, débutant trois heures après et disparaissant au bout de vingt-quatre heures.

*N°* 5. — A. G..., femme. Suspecte de tuberculose pulmonaire en vue de différents phénomènes cliniques et signes physiques.

Examens du crachat toujours négatifs.

Epreuve de l'*ophtalmo-réaction.*

*Réaction positive intense*, se montrant tardivement, douze heures après l'instillation et persistant pendant quinze jours.

*N°* 6. — A. A..., femme. Tuberculose pulmonaire avérée (examen du crachat positif), guérie cliniquement et bactériologiquement (atténuation manifeste des signes physiques, augmentation du poids, disparition des bacilles, cessation de l'expectoration). Cette malade est assistée au dispensaire depuis 1904.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction négative.*

*Deuxième série* (tuberculine préparée par l'Institut Pasteur de Saô-Paulo).

*N°* 7. — A. C..., homme. Tuberculose confirmée.

Analyse de l'expectoration positive.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive franche,* débutant quatre heures après 'instillation et atteignant son maximum vingt heures plus tard (rougeur et gonflement de la caroncule; injection vasculaire du cul-de-sac conjonctival inférieur; larmoiement.

*N°* 8. — M. M..., femme. Suspecte de tuberculose pulmonaire pour les signes physiques et quelques symptômes cliniques.

Elle ne crache pas.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive forte,* constatée trois heures après et persistant quarante-huit heures.

Les injections diagnostiques de tuberculine entraînent de la réaction thermique (1°).

*N°* 9. — S. R..., homme. Suspect de tuberculose par quelques phénomènes généraux et certains signes physiques.

Examen du crachat négatif.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction (deux fois).

*Réaction négative* (deux fois).

Les injections sous-cutanées de tuberculine ne provoquent aucune réaction.

*N°* 10. — M. M..., femme. Bronchite simple.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction négative.*

*N°* 11. — A. M..., homme. Tuberculose confirmée. Analyse de l'expectoration positive.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive forte,* nette au bout de cinq heures.

*N°* 12. — J. S..., homme. Suspect de tuberculose. Il ne crache pas.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction négative.*

Les injections diagnostiques de tuberculine n'entraînent aucune réaction.

*N°* 13. — A. F..., homme. Tuberculose confirmée. Analyse de l'expectoration positive.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive forte.*

*N°* 14. — S. A..., femme. Suspecte de tuberculose pulmonaire soignée comme telle depuis quelques mois.

Son père est un ancien tuberculeux, assisté au dispensaire depuis 1904.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positiee forte*, atteignant son maximum dix heures après l'instillation et persistant intense pendant cinq jours.

*N°* 15. — L. G. C..., femme. On ne constate rien de suspect.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction négative.*

*N°* 16. — B. A..., femme. Suspecte de tuberculose. Pas de crachats.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction négative.*

*N°* 17. — B. B..., femme. Suspecte de tuberculose par quelques signes physiques (anomalies de l'inspiration).

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive moyenne*, débutant cinq heures après et atteignant son maximum au bout de dix-huit heures.

*N°* 18. — N. M..., femme. Suspecte de tuberculose par les signes physiques. Elle ne crache pas.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive faible*, constatée vingt-trois heures après.

*N°* 19. — J. A..., femme. Légers soupçons de tuberculose.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction négative.*

*N°* 20. — A. C..., femme. Suspecte de tuberculose pour quelques signes physiques.

Analyse de l'expectoration négative.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive moyenne,* constatée vingt-quatre heures après l'instillation.

*N°* 21. — R. F..., femme. Suspecte de tuberculose pour les signes physiques. Analyse du crachat négative.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive forte,* commençant quatre heures après, atteignant son maximum au bout de dix-huit heures et persistant deux jours.

*N°* 22. — A. A. M..., femme (deuxième instillation).

Suspecte de tuberculose.

*Réaction positive* faible, constatée vingt-quatre heures après et persistant pendant trois jours.

*N°* 23. — A. M..., homme. Suspect (deuxième instillation oculaire).

*Réaction négative*, comme à l'occasion de la première épreuve.

*N°* 24. — A. F. P..., homme. Coup de froid. Il ne crache pas.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction négative.*

*N°* 25. — F. M..., homme. Suspect de tuberculose pulmonaire. Analyse du crachat négative.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive moyenne*, constatée tardivement (dix-huit heures) et persistant quarante-huit heures.

La température axillaire, qui était de 36°,6 avant l'instillation, monta au bout de quatre heures à 38°. (Ce malade a été pris d'accidents hémoptoïques cinq jours après).

*N°* 26. — S. L..., homme. Tuberculose reconnue par les symptômes cliniques. Analyses de l'expectoration deux fois négative.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction, *réaction positive faible*, débutant quatre heures après l'instillation et disparaissant au bout de quarante-huit heures.

*N°* 27. — M. A. S..., femme. Suspecte de tuberculose pulmonaire pour quelques signes physiques peu marqués.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction (solution de tuberculine à 1 p. 200).

*Réaction négative.*

*N°* 28. — A. D.A ..., homme. Suspect pour différents signes physiques accentués. Le premier examen de l'expectoration a été négatif.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction (solution à 1 p. 200).

Température axillaire avant l'instillation 37°6, après 37°5.

*Réaction positive faible*, commençant 3 heures après et persistant faible jusqu'à vingt-trois heures plus tard. Le deuxième examen du crachat pratiqué deux jours après l'oculo-réaction démontre l'existence de bacilles de Koch.

*N°* 29. — F. C..., femme. Légèrement suspecte.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction négative.*

*N°* 30. — F. C..., femme. Suspecte de tuberculose pulmonaire (inspiration faible et expiration prolongée aux sommets).

Epreuve de l'ophtalmo-réaction (solution à 1 p. 200). Température axillaire avant l'instillation 36°6, quatre heures après 37°2.

*Réaction négative.*

*N°* 31. — J. B. G. S..., homme. Suspect de tuberculose pour quelques signes physiques.

Analyse de l'expectoration négative.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive forte*, constatée au bout de vingt-quatre heures et persistant trois jours.

*N°* 34. — A. M..., homme.

Tuberculose pulmonaire confirmée. Analyse du crachat positive. — Fièvre.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive faible*, commençant quatre heures après et persistant au même degré jusqu'à vingt-trois heures plus tard.

*N°* 33. — R. F..., femme. Suspecte de tuberculose pulmonaire, pour quelques signes physiques.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction négative.*

*N°* 34. — J. R..., femme. On ne constate rien de suspect chez elle.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction négative.*

*N°* 35. — J. M..., femme. Suspecte (anomalie de l'inspiration). Analyse du crachat négative.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive faible* débutant trois heures après et atteignant son maximum au bout de vingt-trois heures.

*N°* 36. — G. C..., femme. Suspecte en raison d'avoir cohabité avec des parents tuberculeux. Toux sèche, amaigrissement et quelques signes physiques.

Première épreuve. Réaction négative.

Deuxième épreuve. Réaction positive *moyenne*, constatée vingt-quatre heures après l'instillation.

*N°* 37. — G. M. O.... femme. Suspecte (schéma de Grancher).

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive forte* constatée quatre heures après et persistant pendant vingt-quatre heures.

*N°* 38. — A. M..., femme. Suspecte pour les signes physiques, constatés. Analyse de l'expectoration négative.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive forte*, constatée 23 heures après,

*N°* 39. — C. F. M..., femme. Suspecte pour les signes physiques.

Elle ne crache pas.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

Température axillaire avant l'instillation 37° ; quatre heures après 37°1.

*Réaction positive moyenne,* constatée 23 heures après.

*N°* 40. — M. C..., femme. Suspecte pour les signes physiques.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction négative.*

*N°* 41. — C. A..., femme. Tuberculeuse avérée. Analyse de l'expectoration positive.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

*Réaction positive forte,* constatée vingt-trois heures après.

*N°* 42. — C. A..., femme. Suspecte (inspiration âpre au creux infraclaviculaire droit).

Examen du crachat négatif.

Epreuve de l'ophtalmo-réaction.

Température axillaire avant l'instillation 37°, trois heures après 37°2.

*Réaction positive faible*, constatée dix heures après et encore appréciable au bout de vingt-trois heures.

Jusqu'à la date actuelle nous avons eu recours à l'ophtalmo-réaction, au total, dans 42 cas.

Réactions positives 26.

Réactions négatives 16.

Les réactions ont été positives dans :

| | |
|---|---|
| Cas de tuberculose confirmée par l'examen clinique et l'analyse bactériologique de l'expectoration........ | 6 |
| Cas de tuberculose confirmée par l'examen clinique. | 1 |
| Total......... | 7 |
| Cas suspects de tuberculose, chez quelques-uns desquels l'analyse de l'expectoration a été négative.......... | 19 |

Les réactions ont été négatives dans :

| | |
|---|---|
| Cas de tuberculose confirmée et guérie cliniquement et bactériologiquement........................... | 1 |
| Cas suspects................................ | 11 |
| Cas où il y avait tout simplement de la bronchite et on ne constatait rien d'anormal........................ | 4 |
| Total......... | 16 |

Dans un des cas la réaction positive s'est montrée, un premier examen du crachat ayant dénoncé l'absence de bacilles; quelques jours après, une seconde analyse de l'expectoration démontrait la présence du germe de Koch. L'oculo-réaction a été positive dans un cas suspect de tuberculose pour les signes physiques; quelques jours après l'épreuve de l'ophtalmo-réaction, le malade a été pris d'une hémoptysie caractéristique, le tableau clinique de la maladie s'est par là accentué.

La réaction a été tardive, dix-huit à vingt-quatre heures dans 12 cas.

Dans la plupart des cas (30 dans 42), l'oculo-réaction a commencé au bout de trois à cinq heures.

La durée moyenne a été de vingt-quatre à trente-six heures; dans 9 cas cependant elle s'est prolongée pendant trois à cinq jours et chez une malade elle a même persisté pendant quinze jours (n° 5).

La solution à 1 p. 200, employée parfois, donne lieu à une réaction positive faible, voire dans les cas avérés de tuberculose ; il nous semble donc que chez les adultes il est préférable d'avoir recours à la solution à 1 p. 100, tout en réservant le titre plus bas aux personnes plus susceptibles et, surtout, aux enfants. Dans 4 cas (n°s 1, 8, 10 et 12), la valeur de l'ophtalmo-réaction fut contrôlée par les injections diagnostiques de tuberculine (0 gr. 002), l'ophtalmo-réaction, aussi bien que le tuberculino-diagnostic, étant positifs, chez le malade n° 8 et chez les malades n°s 1, 10 et 12 les deux épreuves ont été négatives.

En général, il n'y eut pas de parallélisme entre la réaction et l'intensité et l'étendue des lésions, ce qui confirme les assertions de Calmette ; nous avons eu des tuberculeux avérés cliniquement et bactériologiquement, chez qui la réaction oculaire s'est montrée faible, et dans différents cas douteux on a constaté une vive réaction, des plus accentuées, qu'on a remarquée chez plusieurs sujets soumis à l'épreuve de Eisner-Calmette.

Chez quelques patients on a constaté, après l'instillation, une légère augmentation de la température centrale, laquelle s'est élevée dans un cas de 36°8 à 37°2, chez une autre de 36°6 à 38° (n° 25), chez un autre de 36°3 à 36°8, chez un autre encore de 37° à 37°2 ; il semble donc que chez quelques organismes la réaction à la tuberculine ne reste pas bornée au champ oculaire, elle retentit légèrement sur l'économie.

Entre les cas où la réaction a été positive, chez 2 mala-

des seulement il est devenu nécessaire d'avoir recours à un collyre sédatif pour faire disparaître la conjonctivite provoquée par l'instillation de tuberculine; chez tous les autres, les phénomènes se sont évanouis spontanément, les patients éprouvant à peine une gêne très légère, picotement et larmoiement passagers, ce qui confirme l'assertion de Calmette qu'il s'agit là d'un procédé inoffensif.

Les résultats de notre observation nous autorisent à sanctionner les déductions de Calmette, Letulle, Comby et Grasset :

*L'ophtalmo-réaction* de *Eisner-Calmette constitue un procédé* de *diagnostic simple inoffensif*, *pratique* et *élégant*.

C'est une méthode précieuse pour la confirmation du diagnostic de la tuberculose, et ses qualités révélatrices représentent un élément séméiologique d'une valeur inestimable dans les cas où l'exploration clinique est insuffisante à la reconnaissance positive de l'affection.

Comme le professeur Calmette le fait remarquer judicieusement, dans son travail récent, présenté au IIe Congrès International des Gouttes de lait (Bruxelles), l'ophtalmo-réaction, pratiquée systématiquement chez les enfants qui fréquentent les *gouttes de lait*, les *consultations de nourrissons* et d'autres œuvres de protection de l'enfance du premier âge, ainsi que chez les enfants nés aux Maternités, contribuerait d'une manière efficiente à la solution des grandes questions de l'hérédo-tuberculose, de l'importance de la contagion familiale et de l'infection alimentaire.

Et on aurait par là fait faire un pas décisif à la solution du problème de la prophylaxie de la tuberculose.

---

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 24 JUIN 1908

(*Suite.*)

Présidence de M. PATEIN.

### Communications.

III. — *L'action thérapeutique de la galvanisation*,
par M. E. DESCHAMPS (de Rennes).

Dans votre séance du 25 mars, à l'occasion de la discussion qui a suivi l'intéressante communication de MM. Raoul Blondel et D. Labbé sur *un cas d'adénite cervicale tuberculeuse traitée par l'ionisation iodique*, notre secrétaire général M. Bardet nous disait l'intérêt qu'il y aurait à reprendre devant la Société de Thérapeutique la controverse soulevée depuis déjà longtemps par cette méthode dénommée depuis peu « médication ionique » dont l'objectif est la pénétration d'un médicament dont on effectue l'électrolyse de l'une de ses combinaisons salines dans le voisinage des surfaces de contact des électrodes avec la peau.

Dans votre séance du 8 avril, M. Laquerrière vous présentait un remarquable résumé de la question ; mais cependant, de la discussion qui a suivi et à laquelle ont pris part des collègues dont nous reconnaissons tous la haute compétence, MM. Bardet, Zimmern et Albert-Weil, il n'apparaît pas que le point litigieux le plus intéressant, celui de l'action spécifique du médicament transporté, ait retenu l'attention des orateurs.

Qu'il y ait transport d'ions par le courant, que les anions pénètrent sous l'électrode négative et les cathions sous l'électrode positive, que ce mouvement des ions dans un électrolyte soit le courant lui-même, cela est accepté par tous les physiciens, comme le disait M. Laquerrière. Mais quel est le rôle des ions transportés dans le complexus physiologique qui détermine l'action thérapeutique du courant galvanique? Dans quelle

limite, en supposant même qu'il y ait pénétration suffisante d'ions médicamenteux étrangers à l'organisme, leur action directe peut-elle influencer les résultats?

D'une façon générale, lorsqu'on soumet un segment de l'organisme à la galvanisation, on se propose d'y apporter des modifications soit dans sa profondeur, soit à sa surface et, bien que la différence entre ces deux ordres de phénomènes soit d'apparence topographique, ils n'en exigent pas moins pour leur réalisation parfaite une technique essentiellement distincte.

Dans une communication au I[er] congrès de physiothérapie en avril 1908 (1), j'ai rapporté des observations démontrant chacune l'action curative de la galvanisation simple et l'inutilité de l'ion lithium dans l'arthrite goutteuse, de l'ion chlore dans l'ankylose consécutive à l'arthrite blennorragique et dans les rétractions cicatricielles à la suite de brûlures; enfin des ions salicyle, iode, lithium dans le rhumatisme noueux.

Si, dans les exemples que je viens de citer, la pratique démontre l'inutilité de toute tentative de pénétration d'un médicament, la thèse physico-physiologique de la galvanisation nous permet-elle de généraliser ces données de l'expérience et de dire : Les modifications de nos tissus, en profondeur, par la galvanisation sont indépendantes de l'action spécifique des électrolytes dissous dans le bain ou imprégnant les électrodes formant contacts?

Pour répondre à cette question, il n'est pas besoin de se réfugier derrière une nouvelle hypothèse, il suffit d'appliquer à ces cas spéciaux la loi générale de la transformation de l'énergie électrique. *Tout segment de l'organisme introduit dans un circuit est le siège d'une transformation de l'énergie électrique en énergie chimique, en énergie calorique, en énergie mécanique, etc., et la somme de ces énergies nouvelles est proportionnelle à l'énergie électrique dépensée dans ce segment, quelles que soient la nature et la composition des autres parties du circuit.*

(1) La thérapeutique par la galvanisation simple et l'électrolyse médicamenteuse.

Traversée par un courant, une articulation, par exemple, est le siège de phénomènes électrolytiques *immédiats* au niveau des différentes surfaces anatomiques jouant le rôle de pôles intermédiaires, sa température s'élève en raison des réactions chimiques secondaires consécutives et l'organisme est contraint de lutter pour se soustraire à l'action destructive du phénomène. Il le fait en exagérant le mouvement plasmatique et sanguin qui constitue un moyen général de défense de l'organisme contre toute pénétration d'éléments étrangers.

Pratiquement donc, le but de la galvanisation est de faire naître un processus inflammatoire, qui peut être réparateur dans un organisme dont l'énergie physiologique ou pathologique est insuffisante pour le créer, et l'activité thérapeutique de la méthode ne dépend que de la technique qui assure la plus parfaite utilisation du courant, c'est-à-dire le maximum de dépense d'énergie dans la profondeur du segment à modifier. Les conditions théoriques de cette technique sont la réduction au minimum de la chute du potentiel et de la densité du courant au niveau de la surface de pénétration ; on les réalise dans la pratique en immergeant dans un même bain d'eau chaude l'électrode et le segment malade ou, lorsque l'immersion est impossible, en les séparant par une couche épaisse de coton hydrophile imbibé du même liquide et recouvrant toute la surface de la région que l'on veut atteindre. Cette technique est précisément celle qu'ont adoptée les partisans de l'action des ions médicamenteux transportés par le courant, bien qu'elle réduise au minimum les phénomènes d'électrolyse à la surface de pénétration.

Rien n'est plus simple maintenant que d'expliquer le travail de réparation qui se fait au sein d'une arthrite goutteuse chronique. L'inflammation artificielle que la galvanisation détermine provoque, en même temps qu'une intensité de vie plus grande dans tous les tissus, la dissolution des concrétions accumulées, par un processus identique à celui de l'arthrite aiguë ; elle fait rentrer dans le torrent circulatoire maintenant appauvri en acide urique, urates, etc., les cristaux que ce dernier avait abandonnés

lorsqu'il en était saturé. L'effet et la cause, dans ces deux ordres de phénomènes, conservent les mêmes rapports et ils ne réclament l'intervention d'aucun élément étranger.

Ce n'est donc pas par une action directe sur l'élément morbide que les ions alcalins ou acides mis en liberté au sein de l'organisme concourent à ce travail de réparation, mais seulement par le processus irritatif qu'ils déterminent, à tel point que l on peut employer avec un résultat identique l'un ou l'autre pôle; à plus forte raison, on se demande l'action que pourrait exercer la pénétration en quantité infinitésimale d'une base alcaline, telle que la lithine, se substituant atomiquement à des bases plus fortes, la potasse et la soude.

Les partisans de la méthode ionique me fournissent eux-mêmes un argument qui n'est pas sans valeur, en préconisant l'ion *chlore* dans l'ankylose et les rétractions cicatricielles. Dans, ce genre d'intervention, en effet, si l'action directe était en cause, la potasse ou la soude devraient lui être préférées; mais là encore, c'est la prolifération du système vasculaire sur l'influence du processus irritatif qui détermine, seule, le retour des tissus sclérosés à la vie normale.

La théorie physico-physiologique de la galvanisation que je viens d'exposer permet encore d'interpréter les échecs et de formuler les contre-indications de cet agent thérapeutique. Il faut, pour que son action soit efficace, que l'accroissement de mouvement des liquides organiques qu'elle détermine coïncide avec une élimination suffisante de l'élément pathogène qui s'y trouve dissous, sans cela la poussée fluxionnaire peut en favoriser la concentration. C'est ainsi qu'une intervention hâtive est capable d'exaspérer la douleur d'une névrite, et c'est à la méconnaissance de ce facteur qu'il faut attribuer les divergences d'opinions sur la prédominance de l'action analgésique des différents pôles.

Le mouvement intra-organique consécutif à la galvanisation ne limite pas son action aux substances solubles, il détermine aussi la migration d'éléments organisés dont la virulence peut être

accrue ou atténuée par l'élévation de la température locale. Le résultat malheureux signalé par MM. Raoul Blondel et D. Labbé, à la suite du traitement d'une adénite tuberculeuse, je dirai par la galvanisation, car l'iodure de potassium imbibant l'électrode active ne peut être mis en cause, ne constitue pas un accident spécial à la nature de l'affection traitée. Le premier, je crois, dans une communication à la Société de Thérapeutique, en mars 1900 (1), j'ai soutenu, avec exemples à l'appui, cette opinion, que la tuberculose est toujours une contre-indication à toute intervention électrothérapique, mais il n'est pas douteux que des complications analogues peuvent survenir, quelle que soit la nature de l'élément pathogène quand des conditions nouvelles favorisent son activité, et je suis convaincu que la façon si différente dont réagissent, sous l'influence de la galvanisation, les diverses manifestations articulaires permettrait d'en déterminer la spécificité.

Cette migration d'éléments organisés, pathogènes ou non, se montre avec une intensité et une variété toutes particulières à la suite de la galvanisation de l'abdomen. Elle peut se limiter à la zone influencée par le courant, mais aussi se diffuser; j'ai assisté plusieurs fois à des poussées de furonculose à la suite de quelques séances de galvanisation chez des sujets qui n'avaient jamais jusque-là présenté rien de semblable.

***

Lorsque l'intensité du processus inflammatoire est insuffisante pour s'opposer à l'accumulation produite par les énergies de transformation, le segment organique traversé par le courant est menacé de destruction. Quand ce segment interpolaire est, pour ainsi dire, indéfini, le phénomène se réduit d'abord à l'action caustique superficielle de l'agent chimique qui s'accumule aux pôles; peu à peu par diffusion à travers les tissus mortifiés,

(1) Du danger de l'intervention électrothérapique dans les arthrites chez les tuberculeux.

l'action devient plus pénétrante, mais elle ne change pas de nature et la cicatrice reste la signature indélébile du pôle actif qui l'a produite. C'est ce phénomène qui produit l'eschare des inexpérimentés de la galvanisation et qui, sous le nom d'électrolyse monopolaire, est utilisé à l'aide d'électrodes métalliques nues et de petite surface comme moyen de cautérisation superficielle ou pour la destruction de tumeurs de très petites dimensions. A cette action chimique polaire il peut s'en ajouter une autre, celle de la substance même de l'électrode lorsqu'elle est soluble, et c'est à ce genre d'intervention que se réduit, pour moi, la pratique de la méthode ionique, sans admettre pourtant que le courant ait une action sur la pénétration de la solution métallique.

Lorsque le segment interpolaire est suffisamment réduit, la production de chaleur provenant des énergies de transformation provoque une élévation de température capable de coaguler l'albumine et d'amener consécutivement la destruction et l'élimination de tout ou partie de la substance. Cette méthode constitue, sous le nom d'électrolyse bi-polaire, le procédé de choix pour la destruction des angiomes tant soit peu volumineux. Or, bien que la technique employée soit ici celle qui favorise au maximum l'action directe des ions rendus libres par le courant, on constate que l'action chimique spécifique des pôles est extrêmement limitée et, pour ainsi dire, négligeable si on la compare à la transformation subie par le segment tout entier. Cette transformation est, d'ailleurs, absolument homogène et il est impossible de la dissocier en deux zones polaires comme l'exigerait la théorie de l'action directe des ions provenant de l'électrolyse.

*Conclusion.* — En résumé, dans les différentes applications de la galvanisation, l'action de l'agent physique se suffit à elle-même; elle est proportionnelle à l'intensité des phénomènes électro-chimiques qui prennent naissance au sein des tissus que le courant traverse et indépendante de ceux qui se passent en tout autre point du circuit.

La nature de la transformation qu'elle produit dans les tissus,

à l'exception d'une action locale superficielle, ne dépend pas de la spécificité des ions qui la provoquent, mais de l'opportunité du processus inflammatoire qu'ils déterminent.

## IV. — *Le fluorure de calcium en thérapeutique*, par M. A. Brissemoret.

L'os humain frais contient de 29 à 57 p. 100 de son poids de matières minérales et, calciné, laisse un mélange où prédomine le phosphate tricalcique mêlé de phosphate de magnésie, de carbonate de chaux et de fluorure de calcium.

La connaissance de la composition chimique de l'os acquise dès le début du XIX[e] siècle devait avoir un résultat presque immédiat pour le traitement des maladies du tissu osseux : les principes révolutionnaires qui servaient de guide aux savants modernes pour établir une thérapeutique nouvelle ne permettaient pas en effet de respecter la tradition du passé. Les phosphates terreux parce qu'ils forment de 80 à 87 p. 100 du poids de la terre osseuse furent décrétés les seuls éléments utiles de l'os : dès lors le phosphate de chaux, qu'il fût à l'état gélatineux, pâteux ou pulvérulent, de réaction neutre acide ou alcaline, devint l'agent officiel de la médication récalcifiante : les poudres d'os, de coquilles de mollusques, qui contenaient du fluor associé au phosphate ou au carbonate de chaux, restèrent désormais sans emploi : la loi du nombre avait fait disparaître le fluorure de calcium de la matière médicale.

Si la proportion de fluor à l'état de sel de calcium est minime dans la cendre d'os (1 p. 100) ou la poudre de coquilles d'huîtres, aucun fait n'autorisait les pharmacologistes de l'époque à regarder comme une impureté cet élément : le fluorure de calcium possède un rôle physiologique nettement déterminé. C'est un ciment précieux qui, en soudant les particules de carbonate et de phosphate de chaux et de magnésie dont le squelette des animaux est surtout formé, lui communique une solidité et une dureté qu'il n'aurait pas au même degré sans son intervention. C'est

pour assurer la résistance de l'émail des dents à l'usure que la nature accumule les fluorures terreux autour de ces organes masticateurs.

Notre organisme élimine chaque jour une quantité appréciable de fluorure de calcium (de 0 gr. 003 à 0 gr. 005) : l'homme puise ce sel qui lui est nécessaire surtout dans son eau de boisson : si l'alimentation n'arrive pas à lui restituer ses pertes en fluor, des troubles dans la nutrition des os ne tardent pas à se produire : c'est à la disparition du fluor de l'alimentation qu'il faut attribuer une des causes la plus importantes probablement de la carie dentaire et des modifications qui s'opèrent chez ces individus « dont l'émail et l'ivoire dentaires sont friables, dont le « système osseux est si peu dense qu'ils ne peuvent parfois plus « entrer dans l'eau d'une baignoire sans surnager, dont la « décalcification est évidente et la prédisposition à la tuberculose « considérable » (Pr Rénon).

*Autrefois* l'emploi du fluorure de calcium par la médecine était assuré grâce aux précédentes préparations que nous appellerions actuellement opothérapiques des anciennes pharmacopées : celles-ci étaient nécessairement pauvres en médicaments chimiques; souvent aussi les thérapeutes, leurs contemporains, avaient recours, surtout après avoir lu et commenté Sydenham, aux ressources de la bromatologie. Dans la série des monographies que j'ai publiées dans le *Journal des Praticiens* sous la rubrique « Les anciens médicaments », j'ai indiqué en 1901 que le sirop d'œufs des vieux formulaires constituait une des meilleures voies d'introduction dans l'économie du fluor, médicament au même titre que les divers éléments minéraux qui entrent dans les formules de poudre de reminéralisation : phosphates de chaux, de magnésie, de potasse; carbonates de chaux, de magnésie, chlorure de sodium.

*Actuellement*, la formule de M. le Pr Albert Robin est la première où figure le fluorure de calcium à titre d'agent de de minéralisation :

| | | |
|---|---|---|
| Carbonate de magnésie | | 0 gr. 10 |
| Carbonate de chaux précipité | âà | 0 » 25 |
| Phosphate tricalcique | | |
| Fluorure de calcium | | 0 » 01 |
| Sucre blanc | | 1 » » |

M. pour un paquet à prendre chaque jour.

Depuis l'époque où j'ai attiré l'attention sur le fluorure de calcium médicament, j'ai eu l'occasion de le prescrire ou de le faire prescrire fréquemment contre la carie des dents; chez un jeune homme que j'ai pu observer pendant plusieurs années et chez lequel l'attaque des dents par les divers agents de la carie se poursuivait régulièrement, j'ai pu, sous l'influence du fluorure de calcium administré pendant quinze jours par mois à la dose de 5 milligrammes par jour, observer après six mois de traitement une amélioration très nette.

Le fluorure de calcium est un sel presque complètement insoluble dans l'eau pure; plus soluble dans l'eau chargée de $CO^2$ ou de sels ammoniacaux ou acidulée par HCl.

Les remarquables recherches de M. P. Carles sur la répartition de ce corps dans la nature ont montré qu'il existait en solution dans un grand nombre d'eaux minérales. En raison des faibles doses auxquelles le fluor peut jouer son rôle biologique, les plus recommandables pour un traitement fluoré sont les suivantes :

| | expr. en fluorure de sodium et en grammes. | |
|---|---|---|
| Pougues, source Saint-Léger | 0.005 | par litre |
| Vichy, source des Dames | 0.005 | — |
| Royat, source Saint-Mart | 0.005 | — |
| La Bourboule, source Choussy | 0.005 | — |
| Evian, source Cachat | 0.010 | — |

Il ne faut pas oublier toutefois que, pour un traitement hydrominéral, la forme, c'est-à-dire l'association entre eux des divers constituants chimiques de l'eau (Pr G. Pouchet), association dont nous ne connaissons pas les statuts, exerce sur les résultats du traitement une influence remarquable et que pour ce traitement

seule l'expérience mieux que des chiffres d'analyse doit servir de guide au médecin pour le choix d'une station.

Le fluorure de calcium au même titre que les phosphates ou carbonates terreux peut se prescrire chez l'enfant pendant la croissance, chez l'adulte contre la carie dentaire, dans les fractures pour hâter la solidification du cal, dans la tuberculose pour favoriser la reminéralisation de l'organisme, chez la femme pendant la grossesse et l'allaitement, périodes pendant lesquelles son organisme s'appauvrit en fluor.

On formulera le fluorure de calcium :

1° Soit en poudre, seul ou associé à quelques substances synergiques, à la dose de 1 à 10 milligrammes *pro die :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fluorure de calcium............. | 0 | gr. | 075 |
| Phosphate de potasse........... | 3 | » | » |
| Phosphate de soude.............. | 5 | » | » |
| Phosphate de magnésie.......... } Phosphate bicalcique........... } | ââ 10 | » | » |
| Citrate de soude................. | 15 | » | » |
| Lactose q. s. pour ............... | 100 | » | » |

Une demi-cuillerée à café deux fois par jour au moment des repas.

Pour favoriser la formation du cal, à la suite de fractures j'ai fait utiliser la formule suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fluorure de calcium............. | 0 | gr. | 05 |
| Fluorure de magnésium.......... | 0 | » | 02 |
| Bromure de calcium............. | 2 | » | 50 |
| Phosphate bicalcique ............ } Carbonate de chaux............. } | ââ 5 gr. | | |

A diviser en 20 paquets; 2 par jour.

2° Soit sous forme de combinaisons organo-minérales, en employant le sirop d'œufs de Guibourt, le sirop de lait de Robinet ou la poudre de coquilles d'huîtres des pharmacopées homœopathes.

3° Le principe des analogues formulé par Guinard « un agent « médicamenteux ou toxique est d'autant plus actif que, par sa « constitution et son organisation chimique, il a plus d'analogie

« avec la constitution et l'organisation des éléments organiques « sur lesquels il agit », autorise et justifie l'emploi de la dent de veau comme préparation opothérapique renfermant du fluor

Avant d'être utilisée, la dent doit être immergée pendant dix minutes dans de l'eau oxygénée à 12 volumes préalablement neutralisée, brossée énergiquement, lavée à l'eau distillée, puis séchée et pulvérisée. On peut l'employer à la dose de 10 à 50 centigrammes par jour en paquets.

---

## CARNET DU PRATICIEN

### Traitement de la calvitie

(d'après LASSAR).

Pendant six à huit semaines, pratiquer un *savonnage du cuir chevelu* avec de l'*eau de goudron*. Plus tard on pourra espacer ces savonnages à des intervalles plus considérables. N'importe quel savon peut être utile.

La durée de chaque séance sera de dix minutes.

Il est recommandé de se servir pour les femmes blondes de la préparation ci-après :

| | |
|---|---|
| Carbonate de potasse............... | ãã 15 gr. |
| — de soude.................. | |
| Savon ordinaire pulvérisé........... | 70 » |
| Eau de roses........................ | 100 » |

*M. s. a.*

On divisera les cheveux longs en plusieurs tresses qui seront maintenues fixées à la nuque pour qu'elles ne s'emmêlent pas.

Une fois le cuir chevelu bien imprégné de l'écume savonneuse, on enlève celle-ci au moyen d'un jet d'eau tiède fourni par un irrigateur ou par un bock. On fait ensuite sur le cuir chevelu une irrigation à l'eau froide. Puis, après avoir légèrement séché la tête, on frotte le cuir chevelu avec le mélange suivant :

| | |
|---|---|
| Bichlorure de mercure | 0 gr. 50 |
| Eau distillée | 150 » |
| Glycérine } | ââ 50 » |
| Eau de Cologne } | |

*M. s. a.*

Cette friction est suivie d'une autre faite avec :

| | |
|---|---|
| Thymol | 0 gr. 50 |
| Alcool absolu | 200 » |

*M. s. a.*

ou :

| | |
|---|---|
| Naphtol B | 0 gr. 50 |
| Alcool absolu | 200 » |

*M. s. a.*

Enfin, quand le cuir chevelu a été dégraissé de la sorte, aussi parfaitement que possible, on l'enduit d'un mélange ainsi composé :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique | 2 gr. |
| Teinture de benjoin | 3 » |
| Huile de pied de bœuf | 100 » |

*M. s. a.*

En se couchant, on se trouvera bien de traiter les parties atteintes avec de l'*essence de térébenthine lanolinée* à 10 p. 100 en veillant à l'irritation éventuelle possible de la peau ou en faisant usage de la pommade qui suit :

| | |
|---|---|
| Acide phénique | 1 gr. |
| Fleur de soufre | 10 » |
| Essence de bergamotte | XV gtt. |
| Baume du Pérou | 2 » |
| Lanoline anhydre | 40 » |

*M. s. a.*

Ces diverses manipulations répondent à toutes les médications qui sont à remplir pour supprimer les causes de l'alopécie commune et pour activer la pousse des cheveux.

Le *savonnage* enlève toutes les matières adhérentes au cuir chevelu.

La *mixture au sublimé* se trouve sous une forme sous laquelle elle est facilement absorbée par les orifices des follicules pileux.

L'*alcool absolu* dessèche, dégraisse et désinfecte le cuir chevelu.

L'*huile salicylée* s'insinue facilement à travers tous les pores et l'acide salicylique est ainsi mis à même d'exercer sa puissante action parasiticide jusque dans la profondeur des culs-de-sac glandulaires.

CH. A.

---

# BIBLIOGRAPHIE

*Le traitement pratique de la tuberculose pulmonaire*, par Louis RÉNON, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de la Pitié. 1 vol. in-8° carré de 258 pages. Masson, éditeur. Prix : 5 francs.

Rénon, dans ce volume, a réuni sept leçons qu'il a faites cet hiver aux nombreux élèves qui fréquentent son service. On retrouve dans ces conférences l'esprit très clair et très méthodique de l'auteur, qui est assurément l'un des plus brillants de nos agrégés, l'un de ceux qui rendent aux élèves les services les plus signalés, en leur mettant sous les yeux non seulement le malade et les signes cliniques, mais encore le traitement, c'est-à-dire tout ce qui sera bientôt leur *métier*.

C'est avec le plus vif plaisir que j'ai lu les sept leçons de Louis Rénon, car il a su y réunir dans un grand ensemble tout ce que l'on peut faire pour améliorer les pauvres tuberculeux pulmonaires. Il est évident que l'élève qui a écouté le professeur, que le médecin qui saura le lire avec fruit, sauront traiter un tuberculeux par les procédés les plus récents et les mieux appropriés. Peu de mots, mais des faits, des conseils précis bien ramassés.

Voici les titres de chacune de ces leçons : *Les nouveaux traitements de la tuberculose et la phtisiothérapie pratique*, médicaments nouveaux et sérothérapie, suggestion médicamenteuse, avec les faits si curieux de Mathieu, les éléments modernes de la thérapeutique vraiment pratique du tuberculeux pulmonaire.

*La Psychothérapie, l'hygiène individuelle et prophylactique* : toutes questions qui jouent un rôle énorme dans la surveillance intelligente du malade, avant l'explosion des phénomènes définitifs.

*La Diététique*. Dans ce chapitre on trouvera un éloquent plaidoyer contre la suralimentation, l'auteur s'élève contre cet abus avec une juste et sévère éloquence. J'avoue que ce chapitre m'a fait le plus grand plaisir à lire, car Rénon a traité la question avec une autorité vraiment magistrale. Il étudie ensuite les besoins nutritifs du tuberculeux et établit son régime.

Viennent ensuite: *La médication générale et symptomatique*; *L'aérothérapie et les cures hydrominérales*; l'étude des *Formes de la tuberculose et des états physiologiques*, excellent chapitre où les conseils pratiques et originaux abondent, et enfin *Traitement des tuberculoses associées*.

En résumé, bon livre, original et très personnel, un des meilleurs ouvrages de la production française récente.

G. B.

*Notions nouvelles en climatothérapie*, par le Dr L. MAC AULIFFE. 1 vol. Petit in-16 de 120 pages. O. Doin, éditeur. Prix : 2 francs.

Voulez-vous prendre un plaisir extrême ? Lisez ce joli petit livre, où dans des pages exquises, qui ont un très réel merite littéraire, mon jeune ami Mac Auliffe a réuni quelques chapitres des plus originaux sur l'importance des notions ajoutées récemment, par la chimie, à la science climatologique. Mac Auliffe est un esprit très fin, il sait mieux que personne lire et observer. Ceux qui ont le plaisir de connaître sa conversation érudite et très ornée ont su apprécier, comme il le mérite, le charme de ce penseur doublé d'un artiste et d'un fin lettré; on retrouve toutes ces qualités dans sa prose et ce m'est une grande satisfaction de lui rendre ici pleine justice.

G. B.

*Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne de l'ovaire*, par le Dr F. VILLEMIN. Thèse de Lyon, 1908, avec 5 planches en photogravure. Brochure in-8° de 175 pages. O. Doin, éditeur.

*L'éclairage rationnel de travail*, par le Dr A. BOURGEOIS, de Reims. Une brochure in-8° de 11 pages. O. Doin, éditeur.

*Précis des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx*, par M. LANNOIS, professeur adjoint à la Faculté et médecin des hôpitaux de Lyon, en 2 vol. in-18 cartonnés, avec 450 figures dans le texte. O. Doin, éditeur. Prix : 18 francs.

Il nous est impossible de faire une analyse de cet important précis qui constitue, à la vérité, un véritable traité très complet et suffisant pour instruire l'étudiant et renseigner le praticien. Du reste, le meilleur moyen de faire apprécier l'ouvrage, c'est de dire qu'il appartient à cette admirable collection Testut, où le directeur a su réunir, comme collaborateurs, tous les professeurs des facultés de France, qui lui ont paru posséder les meilleures qualités, pour la rédaction de chacun des précis qui forment sa collection. L'ouvrage de M. Lannois répond tout à fait au programme; il est complet, clairement rédigé et la thérapeutique y est traitée de la manière la plus pratique. On peut donc promettre à ce livre le succès coutumier de ses devanciers.

*Medizinisches litteratur und Schriftsteller Vade-mecum*, par H. ALBERT. 1 vol. petit in-8° carré cartonné, de 637 pages. Franke Scheibe, éditeur à Hambourg.

Cet ouvrage est le premier d'une série qui doit continuer. L'auteur, notre confrère allemand Albert, eut l'excellente idée de réunir la biographie scientifique des professeurs et auteurs connus par leurs travaux médicaux, c'est une tâche terriblement ardue. Le *Vade-mecum* qui vient de paraître est très complet pour l'Allemagne naturellement, l'Italie, la Suisse et la Belgique. Il est au contraire très pauvre en indications relatives aux Français, Anglais et Américains. Cela prouve que les médecins de ces pays n'ont pas répondu à l'appel qui leur a été fait par l'auteur, ou que celui-ci a manqué des renseignements nécessaires pour envoyer ses circulaires. Quelle qu'en soit la cause, ces lacunes sont très regrettables, car de pareils ouvrages n'ont de réel intérêt que s'ils sont complets; c'est pourquoi nous engageons vivement les auteurs à envoyer leurs titres et travaux (presque tous, nous avons des documents imprimés) à M. le Dr Albert, chez Franke Scheibe, libraire à Hambourg. Il est évident que dans l'entreprise d'un travail aussi considérable, utile à tous, notre devoir est de donner à l'auteur les éléments dont il a un besoin absolu.

Le jour où il sera bien au courant, le *Vade-mecum* de M. Albert rendra les plus grands services aux journalistes et aux auteurs; il est très méthodiquement rédigé, d'après un plan très clair. Après la liste des noms, on trouve une liste consacrée spécialement aux publications médicales des divers pays. On ne saurait trop féliciter l'auteur d'avoir eu le courage d'assumer une tâche certainement utile, mais non moins certainement ingrate et difficile.

G. B.

*Etude des dégénérations secondaires du faisceau pyramidal*, par le Dr A. BARBE. Un vol. in-8° de 150 pages, avec 7 planches hors texte. O. Doin, éditeur.

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Thérapeutique médicale.

**Action thérapeutique de la bile dans les affections hépatiques et gastro-intestinales.** — Après avoir donné un aperçu substantiel de la fonction biliaire, M. NIGAY (*Soc. méd. de l'Elysée*, 2 avril 1906) montre par de nombreux exemples que l'extrait de bile ou la bile de bœuf peut rendre des services dans de nombreuses affections gastro-intestinales et hépatiques ; il termine son travail par les conclusions suivantes :

La bile n'est pas seulement un produit excrémentitiel ; elle est surtout une sécrétion indispensable au fonctionnement de l'organisme. Utile à la digestion, indispensable à l'absorption des graisses, elle remplit un rôle antifermentescible. Nécessaire, d'après Kuss, à la rénovation de l'épithélium intestinal, elle a, d'après les récents travaux de Roger, la propriété d'empêcher la coagulation du mucus intestinal dans l'intestin grêle. Enfin, elle est le véritable stimulant nécessaire à l'activité du foie.

La diminution, la suppression ou l'altération du flux biliaire dans l'intestin aboutissent à ce qu'on pourrait appeler le syndrome de l'insuffisance biliaire : troubles dans l'absorption et la digestion. Dénutrition, constipation, fermentation, formation de glaires et de fausses membranes, torpeur sécrétoire du foie lui-même.

La bile est le meilleur des cholagogues ; l'opothérapie biliaire mérite une excellente place en thérapeutique.

A dose thérapeutique, la bile est indiquée dans la lithiase biliaire, les ictères, l'acholie, la cholémie, et, en général, toutes les fois qu'il y aura insuffisance biliaire.

Elle trouve également son emploi contre la constipation et l'entérocolite, affections le plus souvent consécutives à l'insuffisance biliaire et, dès lors, tributaires de la cure de Vichy et de l'opothérapie biliaire.

Comme préparation, on utilise depuis longtemps l'extrait de fiel de bœuf. Les doses moyennes sont de 50 centigrammes à 1 gramme, administrées par pilules de 10 à 20 centigrammes prise aux repas. En cas de nécessité de déterminer une chasse biliaire vigoureuse, M. Nigay conseille d'aller jusqu'à 5 grammes d'extrait, mais il serait imprudent de continuer longtemps une telle dose. Comme la bile ne doit être mise en liberté que dans l'intestin, il faut la donner en pilules glutinisées. Il est utile enfin de faire boire le malade un peu plus que normalement, afin d'éviter l'épaississement de la sécrétion biliaire qui est plus abondante avec l'extrait de bile.

**La neurasthénie et son traitement.** — Le traitement fondamental consiste dans la cessation de la cause du mal lorsqu'on la connaît. En tout cas, M. GUTHRIE RANKIN (*Brit. Med. Journ.*, 3 mars 1906) recommande une existence complètement exempte de soucis et même de travail. Il faut que le malade vive au grand air dans un milieu qui lui plaise et qui ne soit pas dépourvu de distractions.

A côté de cette manière de vivre, et pour en renforcer l'effet bienfaisant, il faut bien examiner l'état général du sujet et voir s'il n'y a rien à faire du côté organique. Le sang est souvent en état de faiblesse et il est nécessaire de le traiter par les réparations antianémiques. Le fer est donc alors le médicament nécessaire, pur ou associé de bromure et au manganèse. On peut également l'associer à l'arsenic.

La persistance de la céphalée doit être considérée comme une indication de cesser les toniques. On donnera alors à petites doses l'antipyrine et la phénacétine associée ou non à la caféine :

| | |
|---|---|
| Phénacétine........................... | 0 gr. 80 |
| Caféine................................ | 0 » 20 |

Au même titre, on examinera soigneusement si la neurasthénie n'a pas une base viscérale et ne reconnaît pas comme cause une ptose du rein ou une distension gastrique.

La convalescence de la neurasthénie sera entourée de soins spéciaux.

La reprise du travail ne sera pas brusque; au contraire, dès que le malade aura la permission de retourner à ses affaires, il ne le fera que progressivement et en s'astreignant à un exercice physique régulier, ainsi qu'à un repos prolongé au lit. Le sommeil doit être, à cette période de la maladie, tout à fait calme et réparateur, sans période d'insomnie.

Enfin, veiller beaucoup sur la descendance des neurasthéniques. Les enfants participent du fond névropathique de leurs parents. Il sera bon, pour leur éviter des accidents qui pourraient survenir dans leur âge adulte, de les mettre dans un milieu abso-

lument calme, de les soumettre à des habitudes régulières et surtout d'éviter chez eux le surmenage scolaire.

## Pédiatrie.

**Traitement de la rhino-pharyngite chez les enfants**, par LE MARC'HADOUR (*Journal de médecine de Paris*, 22 avril 1906). — L'auteur introduit trois ou quatre fois par jour, dans les narines, des tampons, effilés en pointe, d'ouate hydrophile trempés dans la vaseline boriquée, à laquelle M. Le Marc'hadour adjoint des substances astringentes :

| | |
|---|---|
| Vaseline............................. | 20 gr. |
| Acide borique........................ | 1 » |
| Antipyrine.................. 0 gr. 50 à | 1 » |

suivant l'âge.

Reste à conseiller aussi l'huile mentholée, surtout chez les enfants qui ne supportent pas les tampons ou ne les laissent pas introduire.

Aux enfants plus grands, on peut faire priser les poudres :

| | |
|---|---|
| Aristol............................... | 5 gr. |
| Lactose.............................. | 5 » |

ou bien :

| | |
|---|---|
| Acéto-tartrate d'alumine................ | 4 gr. |
| Lactose.............................. | 6 » |

En même temps, user des vaporisations et des pulvérisations naso-buccales tièdes avec l'eau boriquée ou salée, avec les eaux d'Enghien, de Challes, du Mont-Dore.

Au besoin, on pourrait agir directement sur la paroi pharyngienne par des badigeonnages avec de la glycérine iodée (parties égales), ou avec la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Iode pur........................... | 0 gr. 25 |
| Iodure de potassium................. | 2 » |
| Glycérine.......................... | 20 » |
| Essence de menthe................... | IV gttes |

Deux, puis une fois par semaine, à l'aide d'un tampon d'ouate enroulé autour d'une tige recourbée, de façon qu'on puisse

pénétrer derrière la luette, pratiquer de simples attouchements du naso-pharynx, voire même des frictions énergiques qui contribuent puissamment au dégonflement et à la décongestion de la muqueuse.

Enfin, chez ces enfants, le plus souvent lymphatiques, on instituera en même temps un traitement général dont l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, une bonne alimentation, seront les principaux éléments.

---

# FORMULAIRE

## Traitement de la calvitie précoce.

C'est tout à fait au début qu'il faut tenter de l'enrayer. M. Saalfed dit qu'il s'est bien trouvé, en pareille circonstance, de la tannobromine, qui est une poudre brune contenant 30 p. 100 de brome ; en concentration faible, elle combat la séborrhée. En cas de pellicules, il faut prescrire :

| | |
|---|---|
| Tannobromine | 1 gr. |
| Vaseline jaune | 29 » |

*Usage externe.*

Ou encore :

| | | |
|---|---|---|
| Acide salicylique | | 0 gr. 5 à 0 gr. 75 |
| Tannobromine | } ââ | 1 » |
| Thigénol | | |
| Teinture de cantharides | | |
| Essence de roses | | I gtte |
| Moelle de bœuf | | 30 gr. |

*Usage externe.*

Trois fois par semaine, on fera une onction avec une de ces pommades le soir. Plus tard, on se contentera de deux onctions [illegible] on commence par un savonnage quoti-

dien au savon soufré; on sèche et on applique ensuite une des préparations suivantes :

| | |
|---|---|
| Thigénol | 2 gr. 5 à 5 gr. |
| Alcool | 100 » |

*Usage externe.*

Ou encore :

| | |
|---|---|
| Tannobromine / Thigénol | ââ 2 gr. à 5 gr. |
| Alcool dilué | 100 » |

*Usage externe.*

En cas de séborrhée légère, on se contentera d'une solution contenant 5 p. 100 d'hydrate de chloral dans de l'eau et de l'alcool à parties égales.

Quand l'amélioration est manifeste, on diminue le nombre des lavages, et lorsque le cuir chevelu devient trop sec, on applique, de temps en temps, une pommade contenant 10 p. 100 de tannobromine.

**Préparation contre les hémorragies gastriques et intestinales.**

Gélatine .......... 20 gr.

Faire bouillir avec de l'eau pendant six heures, pour que la gélatine reste liquide. Ramener ensuite le tout à 180 cc.

Laisser refroidir, filtrer et ajouter :

| | |
|---|---|
| Acide citrique | 2 cc. |
| Sirop d'écorce d'orange | 20 » |

A prendre, par une ou deux cuillerées à soupe, toutes les deux heures.

*Le Gérant :* O. DOIN.

PARIS. — IMP. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

# REVUE SPÉCIALE

par le Dr CHARLES AMAT.

---

## Les maladies qu'on soigne à Berck. La pratique du Dr Calot.

(*Suite.*)

### IV

### LE MAL DE POTT.

A l'encontre de la plupart des chirurgiens, M. Calot n'admet ici, comme pour toutes les manifestations de la tuberculose, d'autre intervention active que celle qui a pour but la correction de la difformité.

S'attaquer directement comme on l'a fait, par une intervention sanglante, au foyer tuberculeux du malade, ou à la paralysie, ou à l'abcès par congestion, c'est transformer le mal de Pott fermé en un mal de Pott ouvert. M. Calot ne porte jamais l'instrument tranchant sur le foyer bacillaire, ce qui est désastreux, mais il lutte contre la gibbosité par tous les moyens possibles, comme on cherche à corriger la déviation de la hanche et du genou, sans toucher jamais au foyer tuberculeux lui-même.

Malheureusement, si l'on ne s'y oppose, la gibbosité s'installe et s'accroît fatalement. Or la gibbosité est ici la manifestation symptomatique particulièrement grave. Supprimez la gibbosité avec ses conséquences immédiates ou éloignées et le mal de Pott n'est plus la maladie redoutable entre toutes que l'on sait.

Le *mal de Pott*, c'est la tuberculose des vertèbres et des articulations qui les séparent. A ce titre, le traitement de l'affection tient à la fois du traitement des ostéites et du traitement des tumeurs blanches.

Comme dans toutes les tuberculoses, la maladie existe d'abord à l'état de tuberculose sèche; elle peut rester indéfiniment sous cette forme. Mais ici comme ailleurs et plus souvent que partout ailleurs, cette tuberculose sèche peut passer à la suppuration. C'est le mal de Pott avec abcès.

La moelle épinière étant l'organe le plus rapproché de ces productions tuberculeuses venues des vertèbres, il pourra s'ensuivre des troubles médullaires et de la paralysie. Cette dernière peut être encore produite par compression de la moelle, due à une arête osseuse, lorsque la gibbosité s'est produite.

La tuberculose peut détruire un segment plus ou moins considérable de la partie antérieure de la colonne vertébrale et dès ce moment, sous l'influence de la pesée du corps, se produit un affaissement antérieur, qui se traduit en arrière par l'apparition d'une gibbosité.

Le mal de Pott se présente avec quatre variétés :

1° Mal de Pott sans abcès, ni paralysie, ni gibbosité;
2° Mal de Pott avec abcès appréciable;
3° Mal de Pott avec paralysie;
4° Mal de Pott avec une gibbosité.

Le diagnostic du *mal de Pott sans abcès, ni paralysie, ni gibbosité*, se fait par l'existence d'une douleur spontanée ou provoquée, localisée à un point de la colonne vertébrale, ou bien par la démarche spéciale de l'enfant, qui immobilise instinctivement un segment du rachis et marche comme si les articulations du dos étaient soudées et les jambes légèrement écartées ou fléchies ou bien encore par la difficulté que l'enfant éprouve pour se baisser ou ramasser un objet ou pour se coucher : signes de présomption, corroborés souvent par les résultats de la radiographie, qui

montre un empâtement en un point de la partie antérieure du rachis et les contours qui séparent les corps vertébraux plus ou moins effacés à ce niveau.

Le seul moyen que l'on ait de conserver au rachis une position invariable, c'est-à-dire d'empêcher toute déviation, c'est de lui appliquer un grand appareil plâtré prenant un point d'appui à la base du crâne et un deuxième sur la ceinture pelvienne au-dessous de la circonférence des épines iliaques.

Voici comment on procède : par-dessus un jersey bien adapté, on enroule une bande de mousseline molle autour du tronc, puis au-dessus de cette bande on applique un grand carré d'ouate sur le cou, la poitrine et le ventre, tandis que sous le menton et le dépassant, on passe une cravate ouatée, capitonnée, débordant le bord horizontal du maxillaire pour empêcher une compression de ce bord par l'appareil plâtré. La tête et le front sont d'abord compris dans l'appareil, ce qui en facilite la construction; mais dès que le plâtre est sec, on découpe la partie qui dépasse par en haut le diamètre occipito-mentonnier; l'on pratique une fenêtre carrée au niveau du larynx pour laisser le jeu de la respiration tout à fait libre, et une autre fenêtre triangulaire dont le sommet répond à la partie supérieure du sternum et la base de l'ombilic; cette base a une longueur égale à la moitié du diamètre du ventre.

En vue de décomprimer les surfaces articulaires malades, on applique l'appareil dans la suspension. Celle-ci se fait par la tête seule et à l'aide d'un petit bandage fabriqué très simplement, séance tenante, avec une bande de toile ordinaire de 1 m. 50 de long repliée sur elle-même, ses deux extrémités nouées. La partie moyenne de l'un des deux chefs de la bande emboîte le menton, la partie moyenne de

l'autre embrasse la partie postérieure du crâne, à son union avec la nuque.

Les deux chefs viennent se rejoindre au-dessus de l'oreille de chaque côté et sont fixés solidement l'un à l'autre en ce point par deux ou trois épingles anglaises.

A 20 ou 30 centimètres de ce point d'intersection, les extrémités supérieures de ce petit bandage sont placées dans des rainures latérales de la tringle latérale de l'appareil de suspension.

Si cette suspension est pénible, on fait une demi-suspension seulement, c'est-à-dire que le sujet est autorisé à poser 1/4 ou moitié ou 3/4 de la plante du pied par terre.

La construction de l'appareil dure à peine quelques minutes et c'est tout pour les 4, 6 ou même 8 mois pendant lesquels le bandage restera en place. S'il est bien fait, il maintiendra bien exactement le rachis dans la position où on l'a placé. Il ne donnera non plus que très exceptionnellement des petites escarres entre des mains exercées et encore, en ce cas, faudra-t-il attribuer cet incident à un vice de construction.

Grâce à cet appareil, si l'on a la chance de prendre le pottique à la première période de la maladie, on a la certitude de le conduire à la guérison sans gibbosité. Il n'est pas dit qu'on évitera l'abcès, aucun traitement ne pouvant empêcher le passage de la tuberculose sèche à la tuberculose liquide. L'abcès ne sera pas une complication fâcheuse, mais un simple incident.

Le *mal de Pott avec abcès*, qui autrefois entraînait la mort, guérit aujourd'hui non moins vite et non moins sûrement que les autres formes de la maladie.

Si l'on a la possibilité de ponctionner ces abcès où qu'ils soient en suivant la technique donnée à cet effet, il faut en

profiter; mais si l'on n'est pas sûr d'atteindre l'abcès et de n'atteindre que lui (comme en pareil cas l'abcès ne menace pas d'ulcérer la peau), il vaut mieux ne pas y toucher. L'abcès se résorbera, ou bien il deviendra plus superficiel, c'est-à-dire plus accessible.

Surtout qu'on n'ouvre pas directement l'abcès et qu'on ne le laisse pas s'ouvrir.

Mais si le malade est arrivé avec un *abcès ouvert*, on le traitera comme un abcès froid qui vient de s'ouvrir, par des pansements d'une asepsie absolue et par des injections modificatrices répétées de temps à autre.

Mais si la fistule est ancienne et par conséquent infectée, s'il y a de la fièvre et de l'albuminurie, la guérison est bien peu probable. Il faut, en ces cas, faire des pansements antiseptiques, des lavages de la plaie, des injections de liquides modificateurs laissés en place ou plutôt essayés avec prudence, car s'il s'agit d'une intoxication générale de l'organisme avec des dégénérescences viscérales profondes, les injections seront impuissantes, et elles peuvent même être nuisibles.

Le *mal de Pott avec paralysie*, moins que tout autre si possible, est justiciable de l'opération. La paralysie étant due ici à la compression de la moelle, soit par des fongosités, soit par un abcès froid, le meilleur moyen de la guérir est d'appliquer le traitement le plus propre à amener la résolution de ces diverses lésions.

La guérison s'opère généralement dans les quelques semaines qui suivent l'intervention. Si la paralysie coexiste avec une déviation vertébrale, il faudra appliquer l'appareil dans la suspension et faire en outre une pression digitale sur la gibbosité pour supprimer, ou tout au moins atténuer la déviation, car par l'atténuation on arrive généralement

à diminuer, d'une manière suffisante, la compression de la moelle.

Souvent la paralysie cède dès les premiers jours qui suivent ce redressement plus ou moins complet. Dans quelques cas exceptionnels, on l'a vu disparaître aussitôt après la mise de l'appareil plâtré.

Si un mois, deux mois se passent sans que la paralysie disparaisse ou s'atténue, il est à craindre que l'appareil soit imparfait; il y a lieu d'en faire un nouveau.

Si ces moyens orthopédiques n'ont donné qu'un résultat très partiel et ne guérissent pas la paralysie, il faut compléter ce redressement, et dans ce cas on peut être autorisé à mettre les lames vertébrales à nu, et si elles paraissent soudées, à faire céder cette soudure avec un ciseau à froid. Cette opération est d'ordre purement orthopédique, car elle n'ouvre pas le foyer tuberculeux; elle agit en dehors de lui, exclusivement sur le rachis postérieur.

Le *mal de Pott avec gibbosité* commande : 1° l'immobilisation du rachis; 2° la décompression des surfaces malades, en vue d'arrêter l'évolution de cette tuberculose ostéo-articulaire.

Si la gibbosité est récente et petite, la suspension avec ou sans chloroforme, avec ou sans légère pression sur la gibbosité, la corrige; ce redressement dans moins d'une minute est d'une bénignité absolue. Appliquer immédiatement un grand appareil plâtré et dès que l'appareil est sec, découper dans le plâtre une fenêtre au niveau de la gibbosité. Par cette ouverture on maintiendra, sur les bosses, des carrés d'ouate, au nombre de cinq à six, dont les extrémités glissent sous les bords de la fenêtre et seront fixés ensuite par une bande de mousseline gommée, appliquée tout autour de l'appareil en diagonales et en circulaires très serrées.

Lorsqu'il s'agit de gibbosités volumineuses, on ne fera qu'une correction partielle.

Comme traumatisme, tout se réduit à la pression que les mains ou plutôt les pouces peuvent exercer pendant une ou deux minutes sur la gibbosité et à une traction modérée sur les membres inférieurs.

Si l'on ne réussit pas ainsi dans tel cas à corriger la gibbosité, que l'on y renonce.

Pendant la période active de la maladie, les patients doivent rester couchés. On ne les fait marcher que par mesure de nécessité, si l'altération de l'état général le commande. Et comme, quelque parfait que soit l'appareil, il peut se produire, sous l'influence de la station debout, de petits glissements des vertèbres les unes sur les autres et une perte partielle de la correction orthopédique, il faut se hâter de remettre au repos les malades dès que la modification heureuse survenue dans leur santé générale le permet.

Lorsque le travail de consolidation est bien avancé dans l'attitude de correction intégrale ou partielle dans laquelle le malade a été fixé, la marche sera permise. Au début, le grand appareil plâtré sera maintenu, ensuite il sera successivement employé des appareils de dimension moindre.

Pour ce qui est de savoir combien de temps il faudra garder les appareils plâtrés, ceci est plus difficile dans l'ignorance où l'on se trouve de savoir, *a priori*, ce que durera une tuberculose, surtout lorsqu'elle ne peut pas comme ici être traitée par les injections modificatrices, et qu'on ne peut lui opposer que des moyens orthopédiques, dont l'action est beaucoup plus lente que celle des injections. Si un mal de Pott peut être guéri en quelques mois, il peut demander aussi des années. Il vaut mieux pécher par excès que par défaut ; aussi le malade fera-t-il bien de consentir à porter

des années, *sur son dos redressé*, un tuteur en plâtre invisible, ni gênant et dans le but avoué de mieux assurer l'avenir.

## V

### LA COXALGIE

Cette maladie, qui est la tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale, est la plus fréquente de toutes les arthrites tuberculeuses, et même la plus fréquente de toutes les manifestations de la tuberculose externe. Elle est l'orgine des 9/10 des boiteries et s'observe dans tous les milieux et dans toutes les classes de la société. Tout médecin peut donc être appelé, non seulement à en faire le diagnostic et le pronostic, mais aussi le traitement.

L'on doit penser à cette affection chaque fois qu'il est question d'un sujet qui, *sans cause apparente*, a été pris de boiterie ou de douleurs à la hanche ou au genou.

Si l'exploration de la hanche révèle une *douleur à la pression* de la tête fémorale, c'est-à-dire au pli de l'aine, à un centimètre en dehors de l'artère, et de plus une *limitation*, ne fût-ce que de quelques degrés, du *mouvement d'abduction*, l'on peut dire : *arthrite coxo-fémorale* .

S'il existe en outre un *allongement* apparent de la jambe, cette arthrite est tuberculeuse, *c'est une coxalgie vraie.*

Pour éteindre le foyer tuberculeux de la hanche, il y a un double traitement à faire.

1° Un traitement général de la tuberculose qui se résume en : séjour du coxalgique dans un climat et un milieu très sains, à la mer ou à la campagne, avec du repos, alimentation raisonnée, médication appropriée aux divers symptômes à combattre.

2° Un traitement local qui comprend : *le repos dans la position couchée*, c'est-à-dire l'interdiction absolue de marcher et

l'*immobilisation* obtenue par une extension continue, si le malade peut être surveillé de très près, ou l'appareil plâtré.

Pour pratiquer l'extension continue, faire confectionner en coutil ou mieux en cuir doux, en basane, un long bas qui sera lacé en avant avec des œillets et qui présentera une fenêtre sous le talon, ou du moins n'aura pas de couture en ce point, pour éviter toute blessure. Du milieu de la partie jambière du bas, partira de chaque côté une lanière de cuir qu'on maintient écartée des malléoles, sur lesquelles elle pourrait amener une pression douloureuse, au moyen d'une baguette de bois transversalement posée, sensiblement plus large que la plante du pied et à chaque extrémité de laquelle se trouve un crochet passant dans le trou que porte l'extrémité de cette lanière. A la partie moyenne de la baguette est un autre crochet où se fixe la corde qui soutient le poids; cette corde passe sur une poulie ou, à défaut de poulie, sur la tringle transversale du pied du lit ou du cadre. A l'extrémité de la corde on met un poids, en plomb ou en sable, de la valeur de 2, 3, 4 kilogrammes, suivant l'âge du malade et le résultat qu'on veut obtenir; s'il s'agit d'une déviation à corrriger, on augmente la valeur du poids.

La contre-extension sera obtenue en élevant les pieds du lit, en passant le plein d'une serviette ou d'un écheveau de laine très douce à la racine du membre sain et en adaptant les deux extrémités de ces liens contre-extenseurs à des anneaux situés à la partie supérieure du lit.

Toutes les coxalgies, quelles qu'elles soient, sont passibles du repos et de l'extension continue. Mais trois complications peuvent survenir créant des obligations thérapeutiques nouvelles. Ce sont : une déviation, une fistule, un abcès.

1° S'il existe une *déviation*, il faut la redresssser lentement, doucement, pour éviter tout danger de généralisation tuber-

culeuse, soit par l'extension continue de 5 à 10 kilogrammes, soit avec des plâtres successifs par étapes, à raison d'un plâtre tous les quinze à vingt jours ;

2° S'il apparaît un *abcès*, le ponctionner et l'injecter, mais *ne jamais l'ouvrir :* ouvrir les abcès de la coxalgie (ou les laisser s'ouvrir), c'est établir une porte par laquelle la mort entrera trop souvent ;

3° Si le malade a déjà une *fistule*, il faut la panser bien antiseptiquement et bien patiemment, mais surtout pas d'opération sanglante, ni grattage, ni résection. La coxalgie n'aime pas le bistouri qui *guérit rarement, aggrave souvent, mutile toujours.*

On continue ce traitement jusqu'à ce que le foyer tuberculeux soit éteint, c'est-à-dire lorsque le malade ne ressent plus de douleur à la pression de la tête fémorale. Et comme il est éteint cliniquement et qu'il ne l'est peut-être pas encore anatomiquement, il est nécessaire d'attendre 4 à 6 mois (à partir de ce moment) avant de mettre le malade sur pieds.

Celui-ci va pouvoir marcher alors avec ou sans tuteur, suivant que la jambe garde ou non une tendance à se dévier. Ce tuteur, c'est un plâtre à l'hôpital ou un appareil en celluloïd en ville.

Ce tuteur sera conservé jusqu'à ce que la jambe, fixée en bonne attitude, n'ait plus tendance à se dévier.

On voit que le *traitement de la coxalgie reste médical* du commencement à la fin et *doit* même *rester médical pour donner le maximum des résultats.*

Mais ces résultats, quels seront-ils? Il faut les étudier au double point de vue de la *guérison du malade* et de la *qualité de la guérison.*

Ce traitement sauve la vie du malade. Il n'en était pas ainsi jadis quand le chirurgien intervenait.

L'avis formellement exprimé par Gosselin était que les coxalgiques mouraient tous, et il y a quinze ans à Berck même, où exerce M. Calot, l'administration hospitalière avait expressément recommandé de ne plus recevoir une seule coxalgie suppurée. La démonstration paraissait faite que cette maladie était presque constamment mortelle. Et cela parce que autrefois on ouvrait les abcès et que l'on opérait

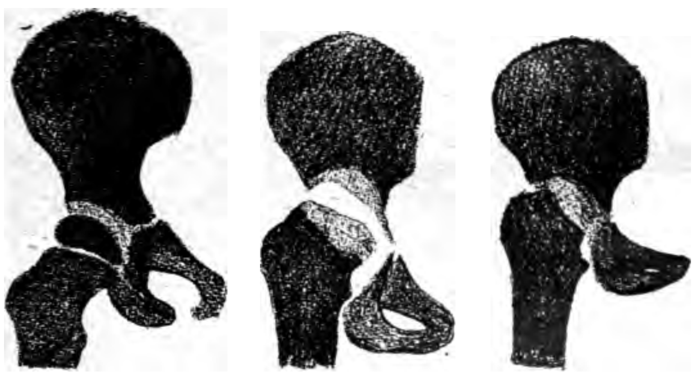


Fig. 15. Fig. 16. Fig. 17.

les coxalgiques, tandis qu'aujourd'hui c'est un dogme, pour tous les chirurgiens renseignés, de ne pas ouvrir le foyer tuberculeux de la hanche.

Il y a plus : la guérison s'obtient sans aucune boiterie dans un quart des cas, dans un autre quart les sujets marchent assez bien, mais avec cependant, une claudication légère. La moitié ont une boiterie manifeste, et malheureusement de cette situation la plupart des chirurgiens se contentent.

C'est parce que M. Calot poursuit la guérison de la

coxalgie sans boiterie qu'il fait autre chose que le traitement classique déjà décrit.

Mais pour choisir convenablement le remède, il faut connaître la cause du mal et c'est la radiographie qui se charge de ce soin.

Elle montre qu'au début les extrémités osseuses sont simplement décalcifiées (fig. 15); qu'au bout d'un ou deux

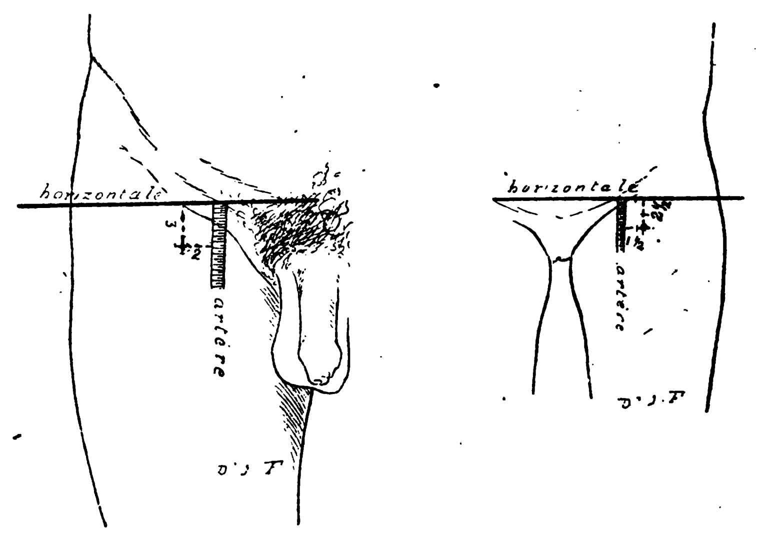



Fig. 18.

ans elles perdent la régularité de leurs contours, se festonnent, s'usent (fig. 16); qu'il y a une destruction progressive croissante d'année en année jusqu'à la perte d'une partie de la tête et du col et même jusqu'à la décollation du fémur (fig. 17). C'est cette altération, voire même cette perte d'une pièce du squelette indispensable à la statique et à la marche, qui va créer chez les malades une boiterie fâcheuse,

puisque le traitement classique ne fait rien pour réparer ou arrêter promptement l'effritement osseux.

Cet effritement, qui malheureusement est de règle, comme les radiographies le prouvent chez les trois quarts des coxalgiques, et notamment chez ceux qui ont eu un abcès à un moment donné, ou qui, sans avoir eu d'abcès, sont restés malades plus de deux ans, peut résulter de l'existence d'une carie sèche, presque aussi destructive qu'une tuberculose suppurée. Cela suffit certes pour faire comprendre le

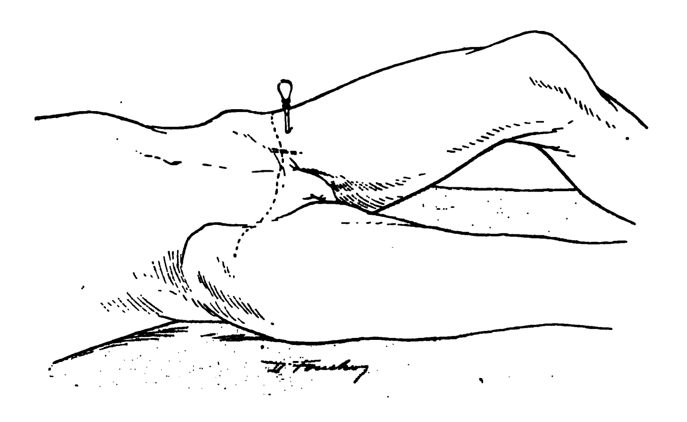


Fig. 19.

danger du traitement ambulatoire plus particulièrement conseillé par nombre de médecins étrangers.

Pour expliquer la destruction osseuse dans la coxalgie alors qu'on n'en observe pas dans la tuberculose du genou, on met en avant la structure anatomique de la tumeur, la nature spongieuse de la tête du fémur, qui lui permet de se ramollir, de s'effriter. En tout cas, le fait est si net, si constant, que la destruction des extrémités articulaires doit être

désormais considérée comme la lésion typique, comme la marque de la coxalgie.

Puisque le traitement classique ne peut empêcher cette fonte osseuse, il faut aviser et tâcher de les préserver. C'est par la méthode des *injections articulaires précoces* qu'on y parviendra.

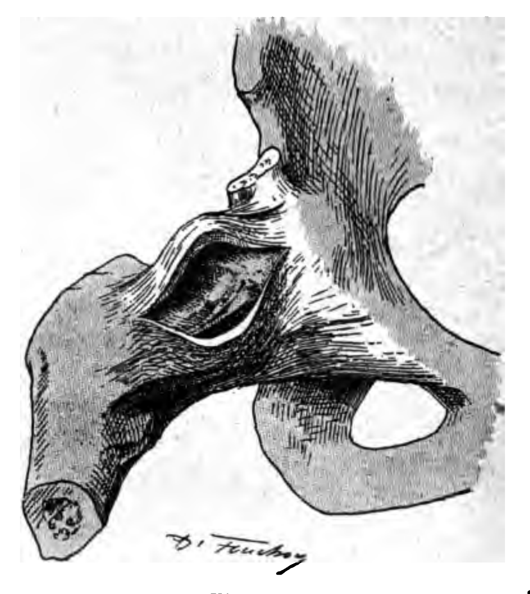


Fig. 20.

En agissant quelques semaines ou quelques mois après le début cliniquement constaté de la coxalgie, on arrive assez tôt, car à ce moment les radiographies montrent que l'os n'est encore ni détruit ni ramolli d'une manière appréciable. Ce moyen inoffensif est absolument efficace. Porté au contact de la fongosité articulaire, le liquide injecté va la scléroser ou la fondre... et la détruire dans les deux cas, non pas d'un

coup, à la première injection, mais après sept, huit, dix injections. Il va se passer à la hanche ce qui a lieu dans les autres tumeurs blanches, au genou, au pied, au coude.

Attendre six mois, un an, deux ans, attendre l'arrivée spontanée des abcès, c'est s'exposer à arriver trop tard, lorsque les os sont déjà sinon détruits, tout au moins bien ramollis et voués dès lors à la destruction prochaine.

A l'heure actuelle, pour pénétrer dans la hanche, on doit utiliser les deux points de repère suivants (fig. 18) :

1° L'horizontale passant par l'épine du pubis ;

2° L'artère fémorale qu'on sent battre au pli de l'aine.

Avec une aiguille de Collin n° 2 à très court biseau, ou un fin trocart, il faut piquer à 2 centimètres en dehors de l'artère et à 3 centimètres au-dessous de l'horizontale chez l'adulte (chez l'enfant on piquera à 1 centimètre et demi en dehors de l'artère et à 2 centimètres au-dessous de l'horizontale).

La piqûre se fera d'avant en arrière jusqu'à sensation de résistance de l'os qui est atteint à 4 ou 5 centimètres de profondeur au niveau de l'union de la tête et du col.

On peut laisser la cuisse dans l'extension (fig. 19), mais la pénétration du liquide est facilitée sensiblement, ainsi que l'a montré Farabeuf, en mettant la jambe dans une flexion de 30 à 35° avec abduction et rotation externes de 15 à 20°. Par cette légère inflexion de la cuisse, toujours possible au début de la coxalgie, la capsule antérieure se relâche (fig. 20), se détache de l'os et vient ainsi s'embrocher d'elle-même sur l'aiguille; cela fait, mettre un tampon et laisser retomber la cuisse lentement.

En résumé, le diagnostic établi, mettre le sujet au repos, à l'extension continu ou dans un plâtre. Mais ce plâtre doit être bivalve (fig. 21) pour pouvoir être enlevé et remis

aussitôt après l'injection. On commence les injections après trois ou quatre jours de repos; ces injections consisteront en huile iodoformée à 8 p. 100 ou en naphtol camphré glycériné à 15 p. 100. Elles ne sont pas douloureuses.

Renouveler l'injection toutes les semaines et arriver au chiffre de neuf à dix injections. Cela prend deux mois, après lesquels il faut faire, pendant encore deux à trois mois, une compression ouatée de la région articulaire (avec

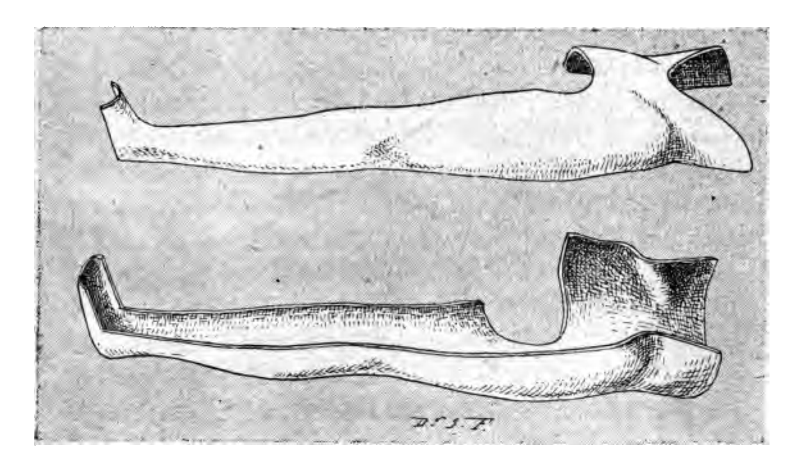


Fig. 21.

extension continue ou avec le plâtre). Cette période écoulée, on attendra encore quatre ou cinq mois avant de lever le malade. A ce moment il est guéri. Ainsi la guérison aura demandé en tout une dizaine de mois, à partir du début du traitement. Dix à douze mois, au lieu de trois à quatre ans que demande le traitement classique.

Avec les injections articulaires précoces, la durée de la coxalgie est donc réduite des deux tiers; mais surtout la

guérison est obtenue sans destruction osseuse, sans raccourcissement et sans boiterie, intégrale et définitive.

Alors que l'ouverture de l'abcès tuait le coxalgique, que la ponction lui conservait la vie mais le rendait infirme, les injections intraarticulaires le guérissent vite sans claudication.

(*A suivre.*)

---

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 24 JUIN 1908

(*Suite et fin.*)

Présidence de M. PATEIN.

### Présentation de mémoire.

Au nom de l'auteur, M. Patein demande l'insertion du mémoire suivant, travail très consciencieux et de caractère scientifique remarquable, qui apporte des renseignements des plus intéressants sur un point encore obscur de la matière médicale biologique.

*Influence du mode de préparation sur l'activité des extraits opothérapiques,*

par E. CHOAY.

L'administration des organes par voie digestive est, comme l'on sait, le mode le plus usité en opothérapie.

Un moyen très simple, dicté par le souci de ne modifier en rien les propriétés des organes, moyen qui est encore souvent prescrit, consiste à ingérer l'organe pulpé. Il faut bien reconnaître qu'une telle médication inspire quelquefois de la répugnance aux malades et qu'elle peut amener de l'intolérance; aussi a-t-on cherché des formes pharmaceutiques plus acceptables.

Ce problème de thérapeutique a fait notamment l'objet d'une minutieuse étude de la part de MM. les Prof. Gilbert et Carnot. Ces auteurs ont bien voulu nous associer à leurs travaux en nous demandant de préparer divers extraits — aqueux, alcooliques, glycérinés, pepsiques, papaïniques, salés, alcalins — ainsi que divers principes provenant de la dissociation des organes, — globulines, nucléo-albumines, nucléines, etc., — tous produits qui ont subi l'expérimentation physiologique et clinique (1).

Les conclusions qui se dégagent de cette étude sont les suivantes : 1° tout agent physique ou chimique même peu violent détermine l'émiettement des propriétés des organes; 2° les principes qu'on parvient à isoler ne possèdent que partiellement les propriétés des extraits complets, de telle sorte que l'activité opothérapique ne peut pas être actuellement rattachée à une seule fonction chimique; 3° enfin, les extraits non dissociés se montrant toujours les plus actifs, il convient de recourir exclusivement aux extraits totaux.

Dès lors, on peut se demander comment on doit préparer ces extraits totaux. Le procédé idéal est assurément celui qui fournira un produit de facile conservation réunissant l'ensemble des propriétés de l'organe frais, tout en possédant la même activité. Or, si l'on prend en considération les travaux rappelés ci-dessus, on voit qu'il faut faire subir aux pulpes le moins possible de manipulations, qu'il faut éviter l'emploi de tel ou tel solvant même neutre, soit dans le but de hâter la dessiccation ainsi qu'on l'a conseillé, soit dans le but d'éliminer des corps supposés indifférents, tels que des graisses. Celles-ci entraînent souvent avec elles des principes actifs.

En somme, le seul traitement à envisager est celui qui consiste à priver les pulpes de toute leur eau : le problème revient donc à choisir un procédé de dessiccation qui ne détermine ni affaiblissement, ni destruction diastasique et qui n'amène aucune alté-

(1) Gilbert et Carnot. Etat actuel de l'opothérapie. Rapport au Congrès de Médecine de Montpellier, avril 1898.

ration des sucs glandulaires sous l'influence soit de l'air, soit de la chaleur, soit de l'autolyse. A ces conditions seulement, l'extrait total sera réellement équivalent à la pulpe dont il dérive.

Ceci nous amène à passer en revue les procédés de concentration actuellement mis en œuvre, procédés qui peuvent se classer en deux groupes selon qu'on opère en présence de l'air ou dans le vide.

Dans le premier cas, les pulpes sont étalées en couches minces sur des plaques de séchage, disposées elles-mêmes de façon plus ou moins ingénieuse dans des étuves. De celles-ci les dispositifs sont nombreux, mais beaucoup laissent à désirer pour leurs modes de ventilation et de chauffage.

Le plus souvent l'air pénètre dans l'étuve sans filtration préalable, apportant aux pulpes les germes dont il est chargé.

Quant au chauffage, on comprend que, pour une étuve industrielle à grande surface, nécessitant par cela même une ventilation énergique, le réglage de la température présente des difficultés. Dans certaines régions trop chauffées, les diastases sont affaiblies ou détruites; dans d'autres, insuffisamment chauffées au contraire, l'évaporation s'éternise et l'autodigestion se poursuit; il faut alors renouveler les surfaces : la pulpe s'oxyde, brunit, dégage une odeur putride symptomatique des profondes modifications qu'elle subit. Cette longue opération donne finalement un extrait d'aspect coriace, élastique, très difficile à pulvériser.

Malgré des imperfections aussi manifestes, le procédé de dessiccation à l'étuve est encore le plus généralement suivi; nous verrons qu'il doit être absolument rejeté.

Lors de nos premiers travaux d'opothérapie, ces inconvénients ne nous avaient pas échappé; aussi avions-nous préconisé, au lieu et place de la dessiccation à l'étuve, la concentration dans le vide, à 37° (1).

---

(1) Gilbert, Carnot et Choay. Sur la préparation des Extraits. Société de Biologie, 4 décembre 1897.

Les appareils industriels de concentration dans le vide sont bien connus; on peut encore reprocher à la plupart d'entre eux de se prêter difficilement au réglage des basses températures et de ne pas fournir un vide suffisamment profond. Comme il importe de laisser les diastases le moins longtemps possible sous l'action de la chaleur, le procédé de choix est, à notre avis, celui qui permet de réaliser une dessiccation extrêmement rapide, non seulement dans le vide, mais sans source de chaleur. Pour réunir pareilles conditions, il convient de disposer d'une machine donnant le vide sans pression très réduite, un millimètre environ, et capable de provoquer une rapide évaporation : l'autoclave qui contient les pulpes se couvre alors de givre, accusant ainsi une baisse thermique peu favorable à l'autolyse. Les pulpes, au cours de l'évaporation, augmentent beaucoup de volume et laissent, en fin d'opération, un gâteau spongieux et friable se pulvérisant facilement et donnant une poudre peu colorée, tout à fait différente d'aspect et d'odeur de celles que fournissent les extraits préparés à l'étuve.

Les essais cliniques prouvent que les poudres des extraits totaux, obtenus dans le vide et à froid, sont absolument comparables, comme activité, aux pulpes d'organes.

Mais, pour rendre encore plus évidente l'influence du mode opératoire, nous nous sommes proposé de superposer des vérifications expérimentales à ces résultats cliniques.

Dans ce but, nous nous adressons à des organes sécrétant des diastases, non seulement connues, mais aussi d'activité mesurable :

Les pancréas, notamment, se prêtent bien à ces comparaisons ; il suffit, en effet, de préparer avec une même pulpe, selon les diverses méthodes, des extraits pour lesquels on déterminera les pouvoirs protéolytique, amylolytique et stéaptasique.

Pour l'amylase et la lipase, les mesures d'activité ont été effectuées par les procédés habituels, savoir :

1° *Activité amylolytique.* On porte à l'étuve, à 50°, des fioles contenant chacune 100 gr. d'empois de fécule à 6 p. 100, puis on

les additionne de 0 gr. 10 d'extrait. On constate que la fluidification de l'empois est plus ou moins rapide, selon les cas ; au bout de six heures, on porte à l'ébullition et, après rétablissement du poids, on filtre les liqueurs et l'on évalue le volume nécessaire à la réduction de 10 cc. de liqueur de Fehling.

2° *Activité stéaptasique.* On prend :

| | |
|---|---|
| Solution de monobutyrine à 1 p. 100. | 20 cc. |
| Extrait pancréatique................ | 0 gr. 20. |

Après vingt-cinq minutes de contact, à 30°, on filtre ; on prélève 10 cc. de liqueur filtrée qu'on neutralise avec une solution titrée de baryte.

3° *Activité protéolytique.* Pour la trypsine, les divers procédés connus ne nous ayant pas donné satisfaction, nous avons cherché à instituer une méthode à la fois simple et pratique, donnant surtout des indications comparables.

A cet effet, nous avons d'abord suivi la marche d'une digestion pancréatique de fibrine en mettant à profit les travaux de Harlay (1).

Nous avons mis à l'étuve, à 50°, une fiole contenant :

| | |
|---|---|
| Fibrine de porc essorée... | 30 gr. |
| Extrait pancréatique total.. | 0 » 60 |
| Eau distillée............ | 150 » |

Au cours de la digestion, nous avons fait, de loin en loin, des prélèvements de 10 cc. de liquide filtré pour déterminer les proportions de substances solubilisées, en même temps que nous prenions la déviation polarimétrique, ce qui nous a permis de faire le calcul du pouvoir rotatoire.

Les résultats observés sont les suivants :

Après 2 heures de digestion :
Extrait de 10cc = 0gr,291 $\alpha$ (tube de 20) = — 2°,34′ $\alpha_D$ = — 14°,08
Après 3 heures de digestion :
Extrait de 10cc = 0gr,3899 $\alpha$ (tube de 20) = — 3°,20′ $\alpha_D$ = — 42°,7
Après 4 heures de digestion :
Extrait de 10cc = 0gr,4173 $\alpha$ (tube de 20) = — 3°,24′ $\alpha_D$ = — 40°.7
Après 20 heures de digestion :
Extrait de 10cc = 0gr,4303 $\alpha$ (tube de 20) = — 3°,20′ $\alpha_D$ = — 38°,7

(1) Harlay. De l'application de la tyrosinase à l'étude des ferments protéolytiques. *Thèse Paris*, 1900.

On sait que le pouvoir rotatoire des albumoses oscille aux environs de — 60° à — 63°, tandis que celui des peptones pancréatiques est voisin de — 36° à — 40°.

On voit qu'une heure après le premier examen, soit après trois heures de digestion, la quantité de matière solubilisée a notablement augmenté et que la liqueur s'est enrichie en peptones.

Après quatre heures, l'acide nitrique ne paraissant plus donner de précipité, on laisse la digestion se poursuivre à la température du laboratoire.

Le dernier examen, à la vingtième heure, permet de constater que la teneur en principes solubles a peu varié, mais que le mélange s'est encore enrichi en peptones.

Le microscope a révélé la présence de la tyrosine dès la troisième heure.

Nous avons suivi de même une digestion dans laquelle la fibrine essorée avait été remplacée par de la fibrine desséchée dans le vide, à froid.

Comme l'a fait remarquer M. Macquaire, la fibrine sèche présente de grands avantages : outre que, par sa facile conservation, elle permet d'opérer toujours dans les mêmes conditions, elle renseigne exactement sur la quantité de substance à digérer.

100 parties de fibrine essorée donnent environ 30 parties de fibrine sèche.

Nous avons mis à l'étuve à 50° une fiole contenant ;

| | |
|---|---|
| Fibrine de porc, sèche....... | 10 gr. |
| Extrait pancréatique total. | 0 » 50 |
| Eau distillée................ | 170 » |

Voici les résultats observés :

Après 2 h. 1/2 de digestion :
Extrait de 10cc = 0gr,3329 α (tube de 20) = — 3°,6′ $\alpha_D$ = — 46°,56

Après 3 h. 1/2 de digestion :
Extrait de 10cc = 0gr,3775 α (tube de 20) = — 3°,20′ $\alpha_D$ = — 44°,15

Après 6 heures de digestion :
Extrait de 10cc = 0gr,4425 α (tube de 20) = — 3°,54′ $\alpha_D$ = — 44°,06

Après 45 heures de digestion :
Extrait de 10cc = 0gr,458 α (tube de 20) = — 3°,38′ $\alpha_D$ = — 39°,66

En somme, la marche de la digestion a été sensiblement la même que dans l'expérience précédente : la quantité de substance dissoute augmente notablement jusque vers la sixième heure ; au delà, le mélange abandonné à la température du laboratoire ne s'enrichit guère en matériaux solubles, mais l'action peptonisante se poursuit.

Des expériences ci-dessus, il résulte que, si l'on met en présence d'un poids déterminé d'extrait pancréatique un poids de fibrine sèche, supérieur à la capacité digestive de l'extrait, les ferments de celui-ci sont en état de dépenser toute leur activité solubilisante et peptonisante.

D'autre part, si, au bout du même temps — six heures, par exemple — on prélève 10 cc. de la solution albumoses-peptones pour en doser l'extrait sec et si l'on fait la lecture polarimétrique, la valeur de $\alpha_D$ permettra de juger de l'état de dégradation de la matière albuminoïde.

Comme il ne s'agit là que de déterminations comparatives, il importe peu que l'action trypsique soit ou non complètement terminée.

En résumé, la méthode à laquelle nous nous arrêtons pour tous les essais qui suivront consiste à mettre en présence :

| | |
|---|---|
| Fibrine sèche, ou caséine, ou gluten sec | 5 gr. |
| Extrait pancréatique.................. | 0 » 10 |
| Eau distillée......................... | 80 » |

à prélever, au bout de six heures de digestion à 45°, les 10 cc. nécessaires au dosage de l'extrait sec et à prendre la déviation polarimétrique.

Nous avons, dès lors, institué les deux séries d'expériences suivantes :

A. — Des pancréas de porcs ont été dégraissés et pulpés, puis la pulpe bien homogène fut divisée en deux portions : l'une séchée rapidement à froid, dans le vide sous 1 millimètre ; l'autre séchée lentement à l'étuve à 40°. Le rendement fut de 35 p. 100 dans le premier cas, de 34 p. 100 dans le second.

Ces deux extraits, mis parallèlement en réaction sur de la fibrine

sèche de cheval, de la caséine, du gluten pulvérisé, de l'empois de fécule, de la monobutyrine, fournirent les résultats ci-après :

| | VIDE A FROID | | ÉTUVE A 40° | |
|---|---|---|---|---|
| Fibrine....... | 10$^{cc}$ = 0$^{gr}$,2888 | $\alpha = -2°,44'$ | 10$^{cc}$ = 0$^{gr}$,2098 | $\alpha = -2°,16'$ |
| Caséine ...... | 10$^{cc}$ = 0$^{gr}$,0985 | $\alpha = -1°,6'$ | 10$^{cc}$ = 0$^{gr}$,0885 | $\alpha = -1°,20'$ |
| Gluten........ | 10$^{cc}$ = 0$^{gr}$,1665 | $\alpha = -1°,30'$ | 10$^{cc}$ = 0$^{gr}$,1552 | $\alpha = -2°,4'$ |

| | VIDE A FROID | ÉTUVE A 40° |
|---|---|---|
| Empois de fécule........ | 10$^{cc}$ Fehling (0$^{gr}$059) = 2$^{cc}$6 | 10$^{cc}$ Fehling (0$^{gr}$, 059) = 10$^{cc}$ |
| Monobutyrine. | 10$^{cc}$ = 55 gouttes BaO (3$^{gr}$,06 par litre) | 10$^{cc}$ = 24 gouttes BaO (3$^{gr}$,06 par litre) |

Si, pour la facilité des comparaisons, nous rapportons à 1 gramme d'extrait, nous avons :

| | VIDE A FROID | | ÉTUVE A 40° | |
|---|---|---|---|---|
| | QUANTITÉS DISSOUTES | $\alpha_D$ (1) | QUANTITÉS DISSOUTES | $\alpha_D$ |
| Fibrine........... | 23$^{gr}$,10 | — 47°,2 | 16$^{gr}$,78 | — 53°,8 |
| Caséine........... | 7$^{gr}$,88 | — 55°,8 | 7$^{gr}$,08 | — 75°,4 |
| Gluten............ | 13$^{gr}$,32 | — 45° | 12$^{gr}$,17 | — 67°,6 |

| | VIDE A FROID<br>SUCRE RÉDUCTEUR EN GLUCOSE | ÉTUVE A 40°<br>ACIDE BUTYRIQUE LIBRE |
|---|---|---|
| Empois de fécule.. | 22$^{gr}$,69 | 5$^{gr}$,90 |
| Monobutyrine ..... | 0$^{gr}$,0968 | 0$^{gr}$,042 |

(1) Il convient de rapporter ici l'expérience suivante. On porte 6 heures à 45° :

cheval................ = 5 gr.
Solution de fluorure de sodium à 1,5 0/0 = 80 gr.

On trouve : $\alpha = -2°,22'$ ; résidu de 10$^{cc}$ = 0$^{gr}$,3175, soit $p$ fibrine dissoute = 0$^{gr}$,1675. D'où $\alpha_D = -70°,64$

D'où il résulte : 1° que les matières protéiques se dissolvent en plus grande quantité et se peptonisent plus rapidement avec l'extrait préparé dans le vide qu'avec l'extrait obtenu à l'étuve ; 2° que l'amylase et la lipase sont tout particulièrement sensibles à l'action de l'air : en effet, l'extrait par le vide possède un pouvoir amylolytique environ quatre fois plus élevé que l'extrait d'étuve et le pouvoir lipasique du premier est supérieur au double de celui du second.

B. — Dans une seconde série d'expériences, une même pulpe pancréatique est divisée en quatre portions : la première est desséchée à froid dans le vide, sous 1 millimètre ; la deuxième, à 40°, dans un appareil à concentrer, sous 15 millimètres ; la troisième, à 60°, dans un appareil semblable, sous 15 millimètres ; enfin la quatrième, à 40°, dans une étuve. Les rendements atteignent respectivement 33 p. 100 dans le premier cas, 34 p. 100 dans les deuxième et troisième cas, 36 p. 100 dans le dernier (1).

En opérant comme plus haut, nous trouvons les résultats contenus dans le tableau ci-contre (page 186).

Que conclure de ces résultats ?

1° Que vis-à-vis de la fibrine les extraits faits dans le vide ont non seulement un pouvoir dissolvant beaucoup plus considérable que l'extrait fait à l'étuve, mais que leurs produits de digestion sont aussi plus proches du terme peptone. Il faut remarquer encore que la chaleur ne paraît pas influencer sensiblement les propriétés dissolvantes et peptonisantes des extraits obtenus dans le vide.

2° Qu'avec la caséine, la différence est moins marquée entre les pouvoirs dissolvants des deux groupes d'extraits et que, contrairement à ce que nous venons de voir pour la fibrine, les

(1) Il importe de considérer isolément les résultats de chaque série d'expériences. Les différences que l'on constate, en rapprochant les chiffres des deux séries, montrent que les deux pulpes transformées en extraits étaient inégalement riches en ferments. Nous étudions, dans un travail en cours, les causes de ces variations.

| | FIBRINE | | CASÉINE | | EMPOIS DE FÉCULE | MONOBUTYRINE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Vide à froid | 10cc=0gr,4985 | α = —3°,56′ | 10cc=0gr,137 | α = —1°,34′ | 10cc Fehling (0gr,059) = 2cc8 | 10cc = 67 gouttes BaO (3gr,06 par litre). |
| Vide à 40° | 10cc=0gr,4931 | α = —3°,58′ | 10cc=0gr,1705 | α = —2°,30′ | 10cc id. = 3cc7 | 10cc = 65 gouttes BaO (3gr,06 par litre). |
| Vide à 60° | 10cc=0gr,5138 | α = —3°,58′ | 10cc=0gr,2133 | α = —3° | 10cc id. = 3cc2 | 10cc = 69 gouttes BaO (3gr,06 par litre). |
| Etuve à 40° | 10cc=0gr,3663 | α = —3°,14′ | 10cc=0gr,1398 | α = —1°,58′ | 10cc id. = 5cc7 | 10cc = 28 gouttes BaO (3gr,06 par litre). |

En rapportant, comme précédemment, tous ces chiffres à 1 gramme d'extrait, nous avons :

| | FIBRINE | | CASÉINE | | EMPOIS DE FÉCULE | MONOBUTYRINE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | QUANTITÉS DISSOUTES | $\alpha_D$ | QUANTITÉS DISSOUTES | $\alpha_D$ | SUCRE RÉDUCTEUR EN GLUCOSE | ACIDE BUTYRIQUE LIBRE |
| Vide à froid | 39gr,88 | — 39°,45 | 10gr,96 | — 57°,17 | 21gr | 0gr,117 |
| Vide à 40° | 39gr,44 | — 40°,22 | 13gr,64 | — 73°,31 | 15gr,90 | 0gr,114 |
| Vide à 60° | 41gr,10 | — 38°,60 | 17gr,06 | — 70°,32 | 18gr,40 | 0gr,121 |
| Etuve à 40° | 29gr,30 | — 44°,13 | 11gr,19 | — 70°,33 | 10gr,30 | 0gr,049 |

pouvoirs dissolvants des extraits du vide croissent avec la température.

Mais ce qui apparaît ici nettement, c'est que, de toutes les digestions de caséine, la plus avancée est exclusivement celle qui provient de l'extrait préparé à froid dans le vide.

3° Qu'en présence des matières amylacées c'est l'extrait fait à froid qui se montre le plus actif : il l'est, en effet, environ deux fois plus que l'extrait fait à l'étuve. Quant à l'influence de la température, si les extraits préparés dans le vide à 40° et à 60° n'accusent pas la même activité, cela tient vraisemblablement à ce que la durée de dessiccation est moins longue à 60° qu'à 40° — trois heures au lieu de six heures — et que, par suite, l'amylase est restée moins longtemps sous l'action de la chaleur. Là, encore, la diastase saccharifiante s'est montrée tout particulièrement sensible à l'action de l'air. Disons, en passant, que cette sensibilité explique pourquoi des pancréatines gardent longtemps leur activité protéolytique, alors qu'elles n'agissent plus que faiblement sur l'empois de fécule.

4° Enfin que l'activité lipasique est amoindrie au contact de l'air, puisqu'elle n'atteint pas la moitié de celle des extraits préparés dans le vide ; mais que, pour ces derniers, elle reste sensiblement la même, soit que l'on concentre à froid, ou aux températures de 40° et de 60°.

Il nous paraît donc bien établi que les concentrations pancréatiques effectuées à l'air sont nuisibles. Nous rapprocherons de nos constatations les observations formulées par de nombreux auteurs, sur la diminution d'activité fermentaire de la pancréatine en solution. D'après Heidenhain, la trypsine chauffée pendant vingt-quatre heures à 35°, en solution aqueuse, digère moins rapidement la fibrine ; pour Lœw, sa température mortelle est de 69°-70° ; enfin, pour Harlay qui a comparé des solutions de pancréatines chauffées pendant une demi-heure à 60°, 57° et 55°, la température mortelle serait voisine de 60° et l'affaiblissement se montrerait déjà nettement à 55°. Aussi cet auteur conclut-il : « Il y a là un avertissement pour les fabricants

d'opérer la dessiccation à température aussi basse que possible dans la préparation de la pancréatine. »

C. — Aux observations précédentes qui visent le pancréas, nous ajouterons celles qui nous ont été fournies par un autre organe, le foie : Une même pulpe hépatique fut desséchée, partie dans le vide, à froid, partie à l'étuve à 40°. Des poids égaux de chaque extrait furent mis en présence d'empois de fécule, à l'étuve à 50°, savoir :

| | |
|---|---|
| Extrait hépatique................. | 1 gramme |
| Empois de fécule à 6 p. 100........ | 100 grammes. |

Avec l'extrait à froid, on constate une rapide liquéfaction de l'empois, tandis que celui-ci se fluidifie difficilement avec l'extrait d'étuve. Au bout de six heures, le premier empois filtre facilement alors que le second donne à peine quelques gouttes de liquide. Dans ces conditions, il est impossible de faire des dosages comparatifs.

Dans ce but, nous recommençons une seconde série d'expériences en augmentant, d'une part, la richesse en extrait, en diminuant, d'autre part, la proportion de fécule; puis nous opérons, cette fois, avec les deux extraits précédents et un troisième extrait du commerce que nous savons avoir été préparé à l'étuve.

Nous prenons dans chaque cas :

| | |
|---|---|
| Extrait hépatique................ | 2 gr. |
| Empois de fécule à 5 p. 100........ | 100 » |

Nous soumettons à l'étuve à 45° ; au bout de six heures, nous portons à l'ébullition et, après refroidissement et rétablissement du poids, nous filtrons. Voici ce que nous observons :

La filtration, très facile dans le cas de l'extrait préparé à froid, est, au contraire, pénible dans les deux autres cas.

Le dosage de la matière réductrice à la liqueur de Fehling donne :

*Extrait hépatique :*

Vide à froid  10cc Fehling (0gr,059 glucose) = 4cc6
Sucre réducteur en glucose par gr. d'extrait = 0gr,641

Etuve à 40° 10cc Fehling (0gr,059 glucose) = 12cc
Sucre réducteur en glucose par gr. d'extrait = 0gr,245

Commerce 10cc Fehling (0gr,059 glucose) = 20cc
Sucre réducteur en glucose par gr. d'extrait = 0gr,147

*Nota* : Un témoin contenant 2 gr. d'extrait hépatique et 100gr. d'eau distillée donne, dans les conditions ci-dessus, un liquide ne réduisant pas la liqueur de Fehling.

En conséquence, le pouvoir amylolytique de l'extrait préparé à froid est plus de quatre fois supérieur à celui du commerce, de même qu'il est environ trois fois plus élevé que celui de l'extrait préparé par nous, à l'étuve, avec la même pulpe.

Ces résultats confirment donc ce que nous avons dit, à propos du pancréas, de la fragilité de l'amylase au contact de l'air.

D. — Nous croyons avoir démontré nettement l'influence du mode de préparation sur l'activité des extraits. Il reste maintenant à prouver que le procédé que nous recommandons — procédé de concentration dans le vide, à froid — fournit un extrait de même activité que la pulpe.

Pour cela, nous divisons une même pulpe pancréatique en deux portions : l'une est concentrée dans le vide, à froid (le rendement = 30,7 pour 100); l'autre est réservée. Avec parties aliquotes de ces deux portions, on fait des digestions artificielles dans les conditions indiquées antérieurement, en employant 0 gr. 30 de pulpe ou 0 gr. 094 d'extrait avec la fibrine, la caséine et l'empois de fécule; 0 gr. 60 de pulpe ou 0 gr. 188 d'extrait avec la monobutyrine.

On obtient les chiffres ci-dessous .

| | PULPE | | EXTRAIT | |
|---|---|---|---|---|
| | QUANTITÉS DISSOUTES | $\alpha_D$ | QUANTITÉS DISSOUTES | $\alpha_D$ |
| Fibrine....... | 10cc = 0gr,309 | — 2°,52′ | 10cc = 0gr,3373 | — 3°,18′ |
| Caséine....... | 10cc = 0gr,112 | — 1°,30′ | 10cc = 0gr,1178 | — 1°,34′ |

| | PULPE | EXTRAIT |
|---|---|---|
| Empois de fécule........ | 10cc Fehling (0gr059) = 2cc6 | 10cc Fehling(0gr,059) = 2cc6 |
| Monobutyrine. | 10cc = 42 gouttes BaO | 10cc = 42 gouttes BaO |

Si, pour la facilité des comparaisons, nous rapportons tous ces chiffres à 1 gramme d'extrait, nous avons :

| | PULPE | | EXTRAIT | |
|---|---|---|---|---|
| | SOLUBILISÉE | $\alpha_D$ | SOLUBILISÉE | $\alpha_D$ |
| Fibrine....... | 26gr,84 | — 46°.37 | 28gr,70 | — 48°,91 |
| Caséine ...... | 9gr,72 | — 66°,96 | 10gr,02 | — 66°,49 |

| | PULPE SUCRE RÉDUCTEUR EN GLUCOSE | EXTRAIT ACIDE BUTYRIQUE LIBRE |
|---|---|---|
| Empois de fécule........ | 24gr,63 | 24gr,14 |
| Monobutyrine. | 0gr,080 | 0gr,078 |

On voit donc, par les résultats ci-dessus, qu'il est permis de considérer l'extrait préparé à froid et dans le vide comme équivalent à la pulpe.

## CONCLUSIONS

En résumé, de tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure que :

1° Le mode de dessiccation des extraits exerce une influence quelquefois très marquée sur leur activité ;

2° Des divers procédés mis en pratique, celui qui consiste à opérer dans le vide et à froid mérite la préférence ;

3° Le procédé de concentration dans le vide et à froid permet-

tant, en raison de la rapidité de l'opération et de l'abaissement de la température, de négliger l'influence modificatrice de l'autolyse, est le seul qui fournisse des extraits équivalents aux pulpes.

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Thérapeutique chirurgicale.

**Guérison des anévrismes artériels par la ligature incomplète au-dessus du sac.** — Reconstitution de l'artère poplitée par la résection partielle et la suture longitudinale des parois du sac sur une longueur de dix centimètres. Présentation du malade. M. DOYEN a fait à la *Société de l'internat* (23 juillet 1908) l'intéressante communication qui suit :

J'ai l'honneur de vous présenter un homme très vigoureux, âgé de 42 ans, et qui portait depuis près d'un an un énorme anévrisme poplité. Cet anévrisme, fusiforme et d'une longueur de 10 à 12 centimètres, commençait à déterminer des accidents graves de compression locale. La veine poplitée était oblitérée et faisait partie des parois du sac.

La ligature de l'artère à l'anneau du 3e adducteur exposant presque inévitablement à l'amputation de la cuisse, j'ai eu l'idée de tenter la reconstitution de l'artère poplitée par la suture longitudinale du sac, après résection de ses parties exubérantes et après ligature incomplète de l'artère au-dessus du sac.

Il est facile de comprendre les effets de la ligature incomplète d'une artère. Réduisez par une ligature incomplète le calibre d'une artère à la moitié de son diamètre normal, le calibre du vaisseau sera réduit des trois quarts et la tension du sang artériel diminuera dans des proportions analogues au-dessous du point rétréci.

La distension anévrismale des parois artérielles étant proportionnelle à la pression sanguine, la ligature incomplète de l'artère au-dessus du sac est un procédé mécanique de soustraire ce der-

nier à l'action de la systole cardiaque et d'empêcher son accroissement.

Après avoir disséqué le sac, je l'ai ouvert et j'ai extirpé les caillots. Enlevant la bande d'Esmarch, je constatai, après avoir fait une ligature provisoire de l'artère au-dessus du sac, qu'il ne pénétrait dans la jambe aucune trace de sang.

La ligature définitive de l'artère devait donc entraîner l'amputation. J'ai alors enlevé le premier fil et j'en ai placé un second, qui fut noué de manière à réduire l'artère au quart de son calibre normal.

Le diamètre du jet sanguin fut vérifié en enlevant de nouveau la bande élastique. Je la fis serrer de nouveau et je réséquai longitudinalement la partie exubérante du sac, puis je reconstituai l'artère poplitée par deux plans de suture.

La bande d'Esmarch fut enlevée définitivement : la jambe et le pied se colorèrent aussitôt. Je réunis l'aponévrose, puis la peau.

Vous pouvez constater que l'opération a pleinement réussi. Il persiste un peu d'œdème de la jambe, dû à l'oblitération de la veine poplitée. Cet œdème sera combattu par l'application d'un bas élastique.

Cette observation ouvre aux chirurgiens une voie nouvelle pour la cure des anévrismes artériels : la ligature partielle de l'artère au-dessus du sac.

On devra se contenter de cette ligature partielle pour les grosses artères du cou.

La résection longitudinale partielle du sac et la reconstitution de l'artère ne doivent être tentées que dans des cas bien déterminés.

Si l'anévrisme siège sur une artère considérable, telle que l'aorte abdominale, on pourra faire deux ou trois ligatures partielles, inégalement serrées, de manière à rétrécir le vaisseau progressivement et en tronc de cône.

---

*Le Gérant* : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Un essai d'organisation économique de la lutte antituberculeuse.

*L'office antituberculeux* JACQUES SIEGFRIED *et* ALBERT ROBIN *à l'hôpital Beaujon*,

par ALBERT ROBIN (*Deuxième exercice* 1906).

### I

### LE BUT DE L'OFFICE ANTITUBERCULEUX

Le but de l'OFFICE ANTITUBERCULEUX est d'opposer un essai d'organisation à la fois pratique et économique de la lutte contre la tuberculose aux programmes incomplets et irréalisables que les Congrès et les Commissions proposent aux pouvoirs publics et à l'initiative privée.

Ces programmes sont incomplets, parce qu'aucun d'eux n'envisage la lutte antituberculeuse dans l'ensemble de ses éléments, et parce que toutes les solutions proposées sont partielles et insuffisantes.

Le *Sanatorium*, jadis si vanté et dont on a voulu faire le pivot et l'étendard de toutes les organisations, n'est qu'un instrument d'éducation et de cure systématique.

Le *Dispensaire*, tel qu'il est conçu par M. CALMETTE et par MALVOZ (de Liège), ne s'occupe que de prévention et de diagnostic précoce.

Les *mesures sanitaires*, édictées par des lois ou des règlements, ne visent encore que la préservation.

L'idée du bacille à poursuivre et à supprimer domine à ce point toute l'organisation antituberculeuse que M. CALMETTE a pu écrire : « Ceux qui s'acharnent à répandre l'er-

reur qu'il y a des hommes tuberculisables et d'autres qui ne le sont pas, méritent d'être publiquement condamnés. »

Or, je suis l'un de ceux qui affirment que pour réaliser la tuberculose, il faut la complicité du bacille et d'un terrain tuberculisable, et que l'amélioration du terrain humain a la même importance et plus d'efficacité peut-être que la course au bacille.

Ce n'est pas ici le lieu d'en fournir encore les preuves que j'ai déjà données dans d'autres publications. Il suffit de rappeler que si les théories des contagionnistes absolus étaient exactes, nous serions tous plus ou moins tuberculeux, puisqu'il n'est aucun de nous qui n'ait été exposé à respirer ou à ingérer des bacilles tuberculeux.

Ces programmes sont irréalisables, puisque le moindre Sanatorium coûtera environ 6.000 francs par lit, et que l'entretien des malades, en France, ne revient pas à moins de 4 francs par jour, et je ne prends encore qu'un chiffre exceptionnel, car l'entretien d'un malade au Sanatorium de l'Assistance publique à Angicourt dépasse sensiblement 5 francs par jour. On sait que les résultats ne sont pas proportionnels à la dépense ; mais le fussent-ils, jamais la fortune publique ne saurait supporter le formidable accroissement de charges qu'imposerait l'adoption du système.

Ils sont encore irréalisables, parce que c'est une vaine espérance que de songer à supprimer le bacille de Koch. De l'aveu même de ceux qui mettent, à juste titre, toute leur énergie dans la poursuite de l'agent de contagion, la tuberculose, loin de décroître en France, serait en progression, malgré l'énorme effort que l'on a fait depuis douze ans (1).

(1) Personnellement, je ne partage pas cette opinion, puisque j'ai montré que la mortalité par tuberculose en France n'était plus que de 21,3 sur 10.000 habitants, pour la moyenne des années 1901, 1902, 1903 (Albert Robin, La mortalité tuberculeuse en France et en Allemagne. *Bulletin général de thérapeutique*, 15 février 1906).

Et l'application des mesures à prendre pour réduire au minimum les chances de contagion nécessiterait des dépenses colossales qu'aucun budget n'est capable de supporter, et un remaniement social qui est aussi désirable qu'il est impossible à réaliser de nos jours.

C'est devant ces insurmontables difficultés, qu'en présence de solutions incomplètes, coûteuses et irréalisables, nous avons résolu, M. Jacques Siegfried et moi, de changer l'orientation de la lutte, non pas en opposant des arguments à des arguments, mais en montrant ce que l'on obtient avec une organisation modeste, que l'on peut mettre en œuvre facilement et partout, puisqu'elle exige de ceux qui y prennent part, non pas des sommes importantes, mais tout simplement du temps, un peu d'intelligence et beaucoup de dévouement, ce qui ne fait défaut en aucun coin de notre pays.

On connaît déjà les principes de cette organisation. Je les rappellerai en peu de mots :

1° Envisager dans leur ensemble tous les éléments de la lutte antituberculeuse, c'est-à-dire : (*a*) l'éducation du malade et de son entourage ; (*b*) la préservation des individus non atteints ; (*c*) la cure des tuberculeux confirmés ; (*d*) l'assistance au tuberculeux et à sa famille ;

2° Utiliser tous les organes de préservation, de cure et d'assistance déjà existants, afin de réduire au minimum les frais de premier établissement ;

3° Instituer avec ces organes un système d'échange réciproque tel qu'on puisse leur rendre à peu près ce qu'ils donnent.

Tels furent les principes essentiels de l'Office antituberculeux que M. Mesureur nous a permis d'installer à l'hôpital Beaujon.

Que de critiques acerbes, que d'insinuations malveillantes ont accueilli notre initiative ! Quelles difficultés nous avons rencontrées depuis l'animosité des syndicats médicaux, jusqu'à l'hostilité de tout un quartier ameuté ! Mais, de tout cela, nous n'eûmes cure, et les résultats de notre première année d'exercice étaient bien faits pour prouver aux plus incrédules que notre œuvre était viable et son programme réalisable.

Cette expérience avait montré quelques-unes de ses lacunes. En 1906, on s'est attaché à les combler, et si la réussite est loin de la perfection, on sait au moins ce qui reste à faire, et l'on marche d'un pas plus allègre et sur un terrain mieux assuré.

## II

### MODIFICATIONS APPORTÉES A L'OFFICE ANTITUBERCULEUX EN 1906

Le deuxième exercice de l'Office antituberculeux a justifié toutes nos prévisions et marque un progrès sensible sur l'année 1905.

Je passerai successivement en revue les divers éléments de notre organisation ; puis je montrerai les progrès réalisés au cours de l'année 1906 ; enfin, en terminant ce rapport, j'indiquerai les points faibles qu'il y a lieu de consolider et les desiderata qu'il nous reste à remplir.

1° Rien n'a été changé dans le COMITÉ DE PATRONAGE.

Le personnel des *Dames assistantes* a subi certaines modifications. Quelques-unes de nos Dames, éloignées momentanément de l'Office par la maladie ou par des absences de Paris, n'ont pas été remplacées, car celles qui restent suffisent à assurer le service.

2° L'*administration de l'Assistance publique* nous a continué son généreux concours, ce qui est la meilleure preuve des services que nous lui rendons en échange de l'appui qu'elle donne à l'Office.

3° Malgré le surcroît de travail qui leur a été imposé par l'augmentation du nombre des malades, nos *médecins traitants* ont consacré à l'Office toute leur science et beaucoup de leur temps. Ils méritent notre profonde reconnaissance pour tout ce qu'ils ont donné d'eux-mêmes, et sans compter, à l'œuvre médicale et sociale qu'ils ont eu le dévouement d'entreprendre avec nous.

Notre directeur, M. le Dr C. SAVOIRE, qui s'est acquis une si grande notoriété dans toutes les questions de tuberculose, a été pour moi un collaborateur dont je ne saurais trop louer le mérite et la compétence : qu'il me permette de lui adresser publiquement l'expression de notre gratitude.

4° Les améliorations de l'année 1906 ont porté :

A. — Sur le *service des enfants*, dont M. le Dr BUÉ a pris la direction, avec le concours de Mme la marquise DE GANAY, de Mme la comtesse JACQUES DE POURTALÈS, de Mme J. FAURE, de Mme GALLAY, etc.

B. — Sur le *service du vestiaire* qui fonctionne maintenant à souhait.

C. — Sur l'envoi d'un beaucoup plus grand nombre d'enfants dans les *colonies de vacances*.

D. — Sur l'extension donnée aux *services d'assistance*.

On pourra juger de l'étendue de ces améliorations par l'exposé des résultats de l'année 1906.

## III

### STATISTIQUE DES OPÉRATIONS DE L'OFFICE ANTITUBERCULEUX EN 1906

#### 1° — Mouvement des malades.

| | 1906 Adultes | 1906 Enf^ts | 1905 Adultes | 1905 Enf^ts |
|---|---|---|---|---|
| Habitant Paris. | 726 | 207 | 800 | 180 |
| — le départ. de la Seine. | 174 | 45 | 168 | 22 |
| — autres départements. | 15 | » | 19 | 2 |
| Sans domicile....... | 15 | » | 11 | » |
| Déjà venus en 1905.. | 261 | 61 | » | » |
| Total..... | 1191 | 313 | 998 | 204 |
| Total général................ | 1504 | | 1202 | |
| Nombre des consultations..... | 5321 | | 4385 | |

| | | |
|---|---|---|
| Augmentation....... | Nombre des malades..... | 25.1 p. 100 |
| | Nombre des consultations. | 21.3 p. 100 |

#### 2° — Élimination des non-tuberculeux et des non-indigents.

| | 1906 | 1905 |
|---|---|---|
| Non-tuberculeux.................. | 216 | 248 |
| Non-indigents.................... | 18 | 19 |
| | 234 | 267 |

En réalité, l'Office s'est occupé, en 1906, de 1.270 tuberculeux contre 935 en 1905, soit une augmentation de 35,8 p. 100

*Les éliminations des non-tuberculeux* ont été en 1906 de 14,3 p. 100 contre 22,2 p. 100 en 1905. Cette diminution tient à ce que le rôle spécial de l'Office est mieux connu que par le passé.

*Les éliminations des non-indigents* ont été de 1,51 pour 100, en 1906, contre 1,58 p. 100, en 1905. Ces chiffres répondent, sans qu'il soit besoin de les commenter, aux reproches adressés à l'Office de drainer les tuberculeux capables de se soigner à leurs frais, et de nuire à l'intérêt des médecins.

3°. — PLACEMENT DES TUBERCULEUX ASSISTÉS PAR L'OFFICE.

En 1905, l'Office antituberculeux avait placé, dans divers *sanatoriums* et *établissements spéciaux*, 44 tuberculeux. En 1906, le nombre s'en est élevé à 80, soit une augmentation de 81 p. 100.

Voici comment se sont répartis ces placements et ce qu'il est advenu des tuberculeux ainsi placés.

A. — *Placements au Sanatorium Villemin à Angicourt.*

| | 1906 | 1905 |
|---|---|---|
| | — | — |
| Nombre des tuberculeux placés | 24 | 22 |
| Rapatriés en province | 1 | » |
| Ayant repris leur travail | 3 | 3 |
| Partis sans adresse | 2 | 1 |
| Décédés | 1 | » |
| Renvoyés comme non justiciables du traitement | 1 | 1 |
| Encore en traitement à Angicourt | 12 | 13 |
| En traitement à l'Office, après leur sortie | 4 | 4 |

B. — *Placements dans divers établissements.*

| | Nombre de placements | | Nombre de placements |
|---|---|---|---|
| | — | | — |
| Bligny | 6 | Larue | 4 |
| Brévannes | 6 | Maison-Ruel | 1 |
| Pontourny | 1 | Villepinte | 7 |
| Beaumont | 3 | Berck-sur-Mer | 5 |
| Hauteville | 1 | Forges | 7 |
| Hyères | 1 | Hendaye | 4 |
| Issy-les-Moulineaux | 2 | La Roche-Guyon | 2 |
| Romorantin | 2 | Arcachon | 1 |
| Ormesson | 3 | Total | 56 |

Ces 56 tuberculeux ou prétuberculeux avaient, à la fin de 1906, subi le sort suivant :

| | |
|---|---|
| Malades placés | 56 |
| — encore en placement | 28 |
| — sortis | 28 |

Sur les 28 sortis.

| | | |
|---|---|---|
| Vont bien et travaillent | 15 | 28 |
| Sont en traitement à l'Office | 3 | |
| — — Beaujon | 1 | |
| Placés dans un orphelinat | 2 | |
| — ouvroir | 1 | |
| — domestique en province | 1 | |
| Décédés | 5 | |

En 1905, le nombre des placements n'avait été que de 22.

C. — *Placements à l'œuvre de Préservation de la Tuberculose du professeur Grancher.*

Aucun enfant n'avait été placé en 1905. En 1906, 11 enfants ont été recueillis par l'Œuvre de préservation et demeuraient encore à la fin de l'année dans la localité où ils avaient été envoyés.

D. — *Placements dans les hôpitaux.*

L'Office place dans les hôpitaux les malades qui ne peuvent être suivis, soit parce qu'ils sont trop malades pour venir à la consultation, soit parce qu'ils sont dénués de toutes ressources, parfois même de domicile et qu'ils n'ont personne qui puisse les recueillir et les soigner.

Le nombre de ces placements a atteint 184, contre 125 en 1905, soit une augmentation de 48 p. 100.

Voici ce qu'il est advenu de ces 184 malades, au 31 décembre 1906 :

| | |
|---|---|
| Restaient en traitement à l'hôpital | 40 |
| Vont bien et travaillent | 27 |
| Reviennent à l'Office | 25 |
| Placés dans des sanatoriums | 9 |
| Rapatriés au pays d'origine | 2 |
| Partis sans adresse | 9 |
| Se font soigner chez eux | 2 |
| Décédés | 70 |

Je me fais un devoir d'exprimer tous nos remerciements a ceux de nos collègues, médecins et chirurgiens des hôpitaux qui ont bien voulu accueillir nos malades dans leurs services.

4°. — COLONIES DE VACANCES.

Ce service a commencé à fonctionner en 1905, et pendant cette première année de notre exercice, 77 enfants en avaient bénéficié, dont 74 pour un mois et 3 pour trois mois.

En 1906, notre vice-présidente, Mme GIRARD-MANGIN, dont le rôle doit être médicalement apprécié, puisque non seulement elle crée et entretient des relations avec les Œuvres d'assistance aux malades, mais qu'elle fait d'utiles conférences dans les milieux ouvriers et hospitaliers, et veille encore à l'instruction de nos Dames assistantes, Mme GIRARD-MANGIN, dis-je, a insisté sur les colonies de vacances comme mode de préservation et, grâce à ses démarches, l'Office a pu envoyer 86 enfants en diverses colonies des vacances, soit une augmentation de 10 p. 100.

Sur ces 86 enfants :

30 ont été emmenés par Mme JACQUES SIE[illegible] au château de Langeais.

14 y ont fait un séjour de .......... 1 mois
10 — — .......... 1 — 1/2
3 — — .......... 2 — 1/2
2 — — .......... [illegible] —
1 — — .......... [illegible] —

5 ont été emmenés par l'Œuvre [illegible].
4 ont fait un séjour de ............ 1 —
2 — — — 1 — 2

51 ont été emmenés par l'Œuvre des Colonies [illegible].
48 ont fait un séjour de ............ 1 [illegible]
2 — — — 2 —
1 — — — [illegible] —

Au total, 111 mois de séjour, contre 83 en 1905, soit une augmentation de 33,7 p. 100.

5°. — Résultats généraux de l'année 1906.

Toutes les statistiques précédentes ont trait à l'ensemble des malades de 1906 et de ceux qui, venus en 1905, fréquentent encore l'Office. Dans le tableau suivant, nous donnons seulement les statistiques des malades venus en 1906.

Nombre total des malades : 1.183.

| En traitement : | | Ne venant plus : | |
|---|---|---|---|
| 1° A l'Office.......... | 281 | Éliminés non-tuberculeux | 216 |
| 2° Dans les sanatoriums | | — non-indigents... | 18 |
| à Angicourt......... | 9 | Partis sans adresse...... | 104 |
| à Bligny............ | 2 | Habitant trop loin....... | 16 |
| à Berck-sur-Mer..... | 3 | Partis à la campagne et | |
| à Forges............ | 1 | rapatriés,............. | 34 |
| à Hendaye.......... | 1 | Faisant leur service militaire................. | 3 |
| à La Roche-Guyon.. | 1 | Alités et soignés chez eux. | 30 |
| à Romorantin....... | 1 | Placés à l'Œuvre du prof. Grancher......... | 7 |
| à Beaumont de Loncagne............ | 1 | — dans les orphelinats | 3 |
| à Ormesson........ | 4 | Interné à Bicêtre........ | 1 |
| à Larue............ | 1 | Décédés................ | 93 |
| 3° Dans les hôpitaux. | | Vont bien et travaillent.. | 27 |
| Hôpital Beaujon..... | 4 | | 852 |
| Hôpitaux divers..... | 17 | En traitement........... | 331 |
| Hôpital Saint-Joseph. | 1 | | 1.183 |
| à Brévannes........ | 4 | | |
| à Nanterre.......... | 1 | | |
| 4° Ne venant plus....... | 852 | | |
| | 1.183 | | |

6°. — Sort des malades venus a l'office en 1905. — Ce qu'ils étaient devenus au 31 décembre 1906.

Sur les 1202 malades inscrits à l'Office, en 1905, 19 ont été éliminés comme non-indigents, 738 n'étaient plus en traitement, et 366 demeuraient sous notre surveillance.

A. — *Ce que sont devenus les* 738 *malades ne fréquentant plus l'Office à la fin de* 1905 :

1° — 248 non tuberculeux.

2 sont revenus, ont été déclarés tuberculeux et sont en traitement.

2° — 67 sans adresse.
1 est revenu et est en traitement.
3° — 18 alités chez eux.
14 sont décédés.
1 a été rapatrié au pays d'origine.
1 parti sans adresse.
1 est soigné à l'hôpital.
1 va bien et travaille.
4° — 40 partis pour la campagne.
1 revenu à l'Office, en traitement.
1 revenu, mais éliminé comme non indigent.
2 revenus, sont en traitement à Forges et à l'hôpital Bon-Secours.
3 sont en traitement à l'Office.
3 sont décédés.
5°. — 60 sans observation.
1 revenu en traitement à l'Office.
6°. — 237 allaient bien et travaillaient.
64 continuaient à travailler et viennent régulièrement à l'Office.
16 sont revenus à l'Office et ont eu le sort suivant :
2 placés par notre présidente, Mme la marquise DE GANAY.
3 placés à l'œuvre du professeur GRANCHER.
3 placés dans des sanatoriums.
2 placés dans un orphelinat.
1 placé à la campagne.
1 éliminé non indigent.
2 alités.
2 partis sans adresse.
2 décédés.

Soit un total de 83 malades de 1905 qui n'étaient plus en traitement à la fin de l'année et qui, revenus en 1906, sont encore en traitement à la fin de l'année.

B. — *Ce que sont devenus les* 366 *malades en traitement à la fin de* 1905.

316 étaient en traitement à l'Office.
62 continuent leur traitement.
140 vont bien et travaillent.
7 sont placés à la campagne

4 habitent trop loin pour venir à l'Office.
5 sont placés dans un sanatorium.
1 est placé à l'œuvre du professeur GRANCHER.
2 sont alités et soignés chez eux.
6 sont à l'hôpital.
44 sont décédés.
33 étaient en traitement dans divers sanatoriums.
6 sont sortis et reviennent à l'Office.
10 vont bien et travaillent.
5 sont partis sans adresse.
2 sont partis en province.
2 ont été pourvus d'un emploi.
1 est placé dans un orphelinat.
1 placé définitivement à Villers-Cotterets.
3 sont encore en traitement au sanatorium.
2 sont décédés.

C. — Résumons maintenant la statistique des malade inscrits à l'Office en 1905 :

| | | |
|---|---|---|
| Inscrits | | 1.202 |
| Éliminés non tuberculeux | 246 | 265 |
| Non indigents | 19 | |
| Tuberculeux assistés | | 937 |

Sur ces 937 malades,
215 vont bien et travaillent
83 sont en traitement à l'Office.
12 sont dans un sanatorium.
9 sont à l'hôpital.
11 ont été rapatriés.
4 sont alités et soignés à domicile.
4 sont placés à l'œuvre du professeur GRANCHER.
4 ont été pourvus d'un emploi.
2 ont été placés dans un orphelinat,
2 ont été éliminés comme non indigents.
4 habitent trop loin pour venir et vont bien.
144 sont décédés.

Ces chiffres vont nous permettre de mesurer le rôle rempli par l'Office antituberculeux.

Des 494 tuberculeux sur le sort desquels nous avons pu

obtenir des renseignements à la fin de 1906, commençons par éliminer :

| | |
|---|---|
| Rapatriés dont nous ne connaissons pas l'état.. | 11 |
| Enfants placés à l'œuvre du Dr Grancher...... | 4 |
| Eliminés comme non indigents.............. | 2 |
| Soit au total..... | 17 |

Il reste 477 malades, dont 225 vont bien et travaillent, 108 sont stationnaires ou aggravés et restent incapables de travailler, 144 décédés, ce qui donne le pourcentage suivant :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Améliorés et capables de travailler..... | 225 | soit | 47 1 % |
| Stationnaires ou ayant une incapacité de de travail........................ | 108 | — | 22 6 % |
| Décédés ............................ | 144 | — | 30 1 % |

Nous ne saurons qu'après plusieurs années la valeur réelle de l'Office au point de vue du traitement; mais les chiffres ci-dessus montrent déjà qu'elle n'est pas sans importance, car les malades qui nous arrivent sont presque tous porteurs de lésions avancées et auraient été hospitalisés si l'Office ne les avait pas pris à sa charge. Dans ces tristes conditions, rendre à 47 p. 100 de ces malheureux une capacité de travail qui leur permette de subvenir à leurs besoins n'est pas chose indifférente, surtout quand on verra avec quelles minimes ressources ces résultats ont été obtenus.

7°. — Les traitements suivis par les malades inscrits a l'Office.

Ces traitements n'ont pas varié sensiblement, et je renvoie, pour leurs détails, au Rapport que j'ai présenté l'an dernier. Ils consistent en traitements médicamenteux, en traitements sur place à l'Office même et en distribution de viande crue et de gélatine.

A. — *Agents médicamenteux et gélatine.* — Nous avons employé 39 agents médicamenteux, dont les plus importants sont l'arséniate de soude, la créosote, le tannin, le sirop iodotannique et les divers antipyrétiques. Voici la dépense qui leur incombe.

| | |
|---|---|
| Restant en magasin au 1er janvier 1906 | 322 fr. 08 |
| Médicaments achetés en 1906.......... | 873 » 74 |
| Total................ | 1.195 » 82 |
| Restant en magasin au 1er janvier 1907. | 220 » 56 |
| Somme totale dépensée (y compris la gélatine)............. ............ | 975 » 20 |

B. — *Spécialités pharmaceutiques et alimentaires.* — Nous en avons reçu pour 4.470 fr. 90, contre 2.389 fr. 91 en 1905, et sans compter 165 produits dont les prix n'étaient pas étiquetés. Cette augmentation de 87 p. 100 démontre, au moins, l'importance prise par l'Office, puisque les fabricants considèrent l'admission de leurs produits comme avantageux à leurs intérêts.

C. — *Viande crue.* — Il a été distribué 4.479 bons de viande crue, d'une valeur de 1 fr. 10 chacun, soit 4.926 fr. 90.

D. — *Prix de revient par consultation.* — Comme il a été donné, en 1906, 5.321 consultations, chacune de celles-ci nous revient en médicaments et en gélatine à 0 fr. 185 et en viande crue à 0 fr. 842, soit, en tout, à 1 fr. 027. En 1905, la dépense s'élevait, pour les médicaments et la gélatine, à 0 fr. 158 et, pour la viande crue, à 0 fr. 604, soit en tout à 0 fr. 762.

E. — *Traitements sur place.* — Faute de local, nos services de traitements sur place n'ont pas été organisés, et l'on s'en est tenu, comme en 1905, aux applications de

teinture d'iode, aux injections rectales de liqueur de Fowler et de phosphotal et aux injections hypodermiques de cacodylate de soude.

Quand le local que la Ville de Paris et l'Administration de l'Assistance publique ont bien voulu nous consacrer sera prêt, nous installerons aussitôt le service des traitements sur place, et nous sommes convaincus d'améliorer ainsi beaucoup notre thérapeutique et de pouvoir présenter des statistiques encore plus favorables, en dépit des critiques qui nous ont été adressées par des médecins qui dénient aux agents médicamenteux toute valeur dans le traitement de la tuberculose.

(*A suivre.*)

---

## REVUE SPÉCIALE

par le Dr Charles Amat.

---

**Les maladies qu'on soigne à Berck.**
**La pratique du Dr Calot.**

(*Suite.*)

### VI

### La scoliose.

La *scoliose* ou *déviation latérale de la colonne vertébrale* est aussi traitée avec grand succès à Berck. Les jeunes filles, qui sont plus particulièrement exposées à cette affection, y affluent. Si elles viennent si nombreuses à l'Institut de M. Calot, c'est parce qu'elles y guérissent beaucoup plus vite, plus sûrement et plus définitivement qu'ailleurs, ce qui est dû, non seulement aux soins éclairés qu'elles y reçoivent, mais encore à l'action particulièrement bienfaisante de l'air marin.

La raison en est qu'il ne s'agit pas seulement ici d'une maladie locale, mais d'une faiblesse de l'organisme entier, dont ce mal local n'est que la signature; et contre cette anémie, quelle qu'en soit l'origine, il n'y a rien de meilleur, de plus sain et de plus reconstituant que le séjour à Berck.

La fréquence de ces déviations est à peine croyable : sur 100 jeunes filles habitant une grande ville on en trouve 19, c'est-à-dire 1 sur 5, ayant une taille contrefaite ou une épaule plus haute ou une hanche saillante. Or, tous ces termes sont synonymes et désignent la maladie dont il est ici question, c'est-à-dire la déviation latérale de la colonne vertébrale, la *scoliose des adolescents*.

En réalité, c'est l'inclinaison à droite ou à gauche de l'épine dorsale qui est le fait primitif: mais en se déviant en haut, cette épine dorsale repousse en dehors l'épaule correspondante. En se déviant en bas, elle repousse la hanche de ce côté.

Dans la pratique, c'est presque toujours l'une de ces déformations secondaires, saillie de l'épaule ou de la hanche, qui frappe, tout d'abord, les parents et surtout la couturière ou la corsetière; car, ce sont elles, un jour d'essayage, qui, ne pouvant arriver à éviter les « fronces », découvrent et signalent le mal. Mais il faut bien savoir qu'au moment où l'épaule apparaît plus haute, il y a déjà un certain temps que la colonne vertébrale est déviée. Cette déviation médiane primitive est sans doute bien difficile à voir pour les parents, tant qu'elle est isolée; mais un examen médical l'aurait démasquée. Et l'on dépisterait la scoliose dès la première heure, si toutes les mères prenaient la bonne habitude de soumettre une ou deux fois par an à un examen médical le dos de leurs fillettes, surtout à l'époque de leur formation.

Ces déviations surviennent sous l'influence d'une mauvaise attitude du corps, en particulier pendant les longues heures de classe. Ce mauvais pli, cette mauvaise attitude souvent répétée, finit par persister, en raison de la défaillance habituelle des muscles, de ce côté du tronc. Plus tard, et comme conséquence naturelle de cette mauvaise attitude, surviendra une déformation des pièces osseuses de la colonne vertébrale.

Mais on sait que tous les enfants se tiennent mal, que les bancs de travail sont également défectueux pour tous, et à ce compte-là, il n'est pas un écolier qui ne devrait avoir une déviation de la taille.

Cela est vrai, pourquoi ne sont-ils pas tous frappés? C'est parce qu'il y faut, en outre, une prédisposition individuelle.

Celle-ci peut-être d'ailleurs de plusieurs origines. Ou bien elle est héréditaire, ce qui se voit dans 18 à 20 sur 100 des cas : la mère, une tante, une sœur ont la taille contrefaite. Ou bien elle est acquise et toutes les causes de débilité et d'anémie créent pour les enfants une prédisposition à la scoliose. C'est tantôt une nutrition défectueuse, l'enfant ayant été nourri au biberon ou par des mauvaises nourrices, ou bien, ayant souffert des gastro-entérites à répétition. C'est tantôt une maladie débilitante antérieure, rougeole, coqueluche, scarlatine, broncho-pneumonie, ou encore des végétations adénoïdes ou des grosses amygdales qui troublent le développement de l'enfant. C'est une croissance trop rapide, beaucoup de ces enfants ont poussé trop vite. C'est la vie dans un milieu malsain, que ce soit le milieu familial ou le milieu scolaire. C'est la fatigue de la formation; ceci est même la cause prédisposante la plus importante, celle qui nous explique pourquoi ces déviations

de la taille apparaissent surtout de douze à quinze ans et pourquoi la scoliose est cinq fois plus fréquente chez les jeunes filles que chez les garçons. Quel est le pronostic en d'autres termes, le sort des enfants atteints de déviation de la taille? Ce pronostic est tout différent, suivant qu'on les a, ou non, bien soignés.

Si l'on n'y fait rien, la scoliose s'aggrave régulièrement. Cette inclinaison latérale du dos, d'abord unique (au 1[er] degré du mal), amènera bientôt une autre courbe de compensation (et c'est le 2[e] degré). Plus tard, on comptera même trois courbures, la colonne vertébrale fera un S et sera tordue sur son axe; les côtes se projetteront en arrière par une saillie énorme.

Le malade est dès lors un véritable bossu. Et cette bosse, pour être latérale, n'en est pas moins horrible que la bosse médiane du mal de Pott; elle est même plus grave en ce sens qu'elle est encore plus réfractaire à la correction.

Faut-il ajouter qu'à la suite de ces bosses latérales, surviennent des déjettements de la tête et du tronc, des rapetissements de la taille, des modifications de la poitrine, du ventre, du bassin, qui entraîneront des troubles physiologiques graves de toutes les fonctions essentielles de l'organisme?

Voilà le sort ordinaire des scolioses qui ne sont pas soignées.

Au contraire, soignées comme elles le sont à Berck, les scolioses du 2[e] degré et surtout du 1[er] degré s'effacent et guérissent. Et il va de soi qu'on les guérit d'autant plus vite et d'autant plus complètement que les malades sont venus plus tôt se soumettre à un traitement rationnel.

Certains de ces malades, accourus dès la première manifestation du mal, ont été guéris en six mois. Au contraire,

ceux venus avec des scolioses vieilles de plusieurs années, au 3e degré, ont eu besoin d'un traitement de 2 et 3 ans pour n'obtenir jamais, malgré tout, qu'une guérison partielle.

Ceci ramène à dire qu'un diagnostic précoce et un traitement immédiat sont les deux conditions essentielles pour arriver à de belles et constantes guérisons dans la scoliose. Mais ici, comme pour toute autre affection, si guérir est bien, prévenir est mieux et ce sont les moyens de préserver leurs enfants d'une telle difformité que les parents désirent surtout connaître.

Pour supprimer les *causes prédisposantes* une bonne hygiène générale est nécessaire, c'est-à-dire la vie au grand air, l'hydrothérapie, les bains de mer chauds ou bains salés. Créer à l'enfant les meilleures conditions possibles de climat, d'habitation et d'école, surveiller les fonctions digestives; soumettre les enfants à une alimentation saine et simple; massages du ventre en cas de constipation; usage de reconstituants ordinaires : phosphates, sirop iodo-tannique, huile de foie de morue.

Evitez la fatigue surtout pour les jeunes filles au moment de la formation. Pas de jeux violents, mais des exercices doux et méthodiques et des promenades au grand air. Débarrasser les enfants des grosses amygdales qui sont des causes d'angines perpétuelles, de bronchites et de mauvaises digestions.

Pour supprimer les *causes immédiates* de la scoliose, c'est-à-dire les mauvaises attitudes, il faut corriger ou compenser les troubles de la vue, s'il y en a, et toutes les déformations des membres inférieurs, car c'est là une cause fréquente d'inclinaison fâcheuse du tronc. Il faut surtout surveiller la tenue en classe, les mauvaises attitudes étant ici tellement habituelles que la scoliose a pu être appelée la maladie sco-

laire. On évitera ces mauvaises attitudes par l'usage de la table de travail indiquée par M. Calot.

C'est une espèce de fauteuil à dossier très haut, où la tête et le dos sont appuyés constamment sur la plus grande étendue possible, avec un pupitre placé à une distance de 24 à 25 centimètres de l'enfant, et suivant une inclinaison de 25 à 30 degrés, de façon que les yeux puissent suivre facilement les caractères que dessine le bras soutenu par un accoudoir (la tête et le dos restant toujours appliqués au dossier). Les pieds seront appuyés sur un tabouret à la hauteur voulue pour que les cuisses en position horizontale se trouvent à la hauteur du siège.

A ajouter qu'il faudrait peu à peu habituer l'enfant à l'écriture droite qui n'a pas les inconvénients de l'écriture penchée. *Ecriture droite et cahier droit donnent un corps droit.*

De plus, tous les enfants devraient faire, chaque jour, une demi-heure de gymnastique, ayant un double but : développer la cage thoracique et fortifier également les muscles des deux côtés de la poitrine et du dos pour empêcher la prédominance des uns sur les autres, ce qui est une amorce de scoliose.

L'égalisation des muscles du dos s'obtient par une série de mouvements symétriques des bras, des jambes, des inflexions du corps en avant, en arrière, des marches au commandement, des ascensions ou suspensions à l'échelle verticale ou oblique, etc.

L'expansion de la poitrine se réalise par des inspirations prolongées et forcées suivies immédiatement d'expirations complètes.

Cette gymnastique respiratoire devrait être obligatoire pour tous les enfants, car, en règle générale, ceux-ci ne

savent pas, sans apprentissage spécial, développer leur cage thoracique.

Enfin, les enfants doivent coucher sur un lit plat, dur (planche sous le matelas), sans oreiller ni traversin. Telles sont les quelques mesures de préservation, qui, bien comprises et bien appliquées, permettront d'éviter l'apparition de la scoliose (même chez les enfants prédisposés, et particulièrement menacés, de par leur hérédité, vu leur anémie ou leur croissance rapide, ou les difficultés de la formation.

Lorsque la scoliose existe, que faut-il faire ? S'il n'y a pas de maladie plus facile à guérir à son début, il n'y en a pas aussi de plus rebelle à sa période avancée.

Le traitement comprend deux chapitres : l'un s'adresse à la cause générale de l'affection, l'autre, à ses manifestations locales.

Il n'y a pas de meilleur *traitement général* que le séjour au bord de la mer. Sous l'influence de l'air marin, la nutrition de ces enfants se modifie. L'organisme se fortifie au point qu'après quelques semaines seulement de séjour à Berck, ces enfants sont méconnaissables.

*Le traitement local* de la déviation comprend des manœuvres gymnastiques de redressement de la colonne vertébrale avec, dans l'intervalle des séances, le port d'un corset pour maintenir la correction obtenue par ces exercices.

Cette gymnastique spéciale comprend deux parties :

L'une, d'*exercices actifs* faits par l'enfant seul, sous la direction du médecin; l'enfant exécutant les mouvements voulus pour se redresser de lui-même par un effort de volonté, de contractions musculaires énergiques;

L'autre, d'*exercices passifs*; ici, le médecin redresse la déviation et l'enfant subit passivement cette correction.

A l'Institut de Berck, ces exercices de redressement se

font chaque matin et chaque soir dans des séances qui durent trois quarts d'heure à une heure, d'une manière douce, progressive, non fatigante, avec des intervalles de repos; on peut même ajouter qu'elles sont faites d'une manière attrayante pour les enfants, qui pour rien au monde ne voudraient manquer leur séance d'exercices.

Cette séance se termine par un massage ou une électrisation des muscles du dos.

Dans l'intervalle des séances, les enfants font, quatre fois par jour, un quart d'heure de marche ou de promenade sur la plage, mais en évitant les jeux violents, la bicyclette, l'escrime et l'équitation.

On autorise les classes pour ces enfants, mais avec la table de travail déjà indiquée. Ainsi, leur temps se passe utilement et agréablement.

Le deuxième chapitre du *traitement local* est le port d'un corset en celluloïd.

Pour que cette liberté d'aller et venir dans la journée n'ait pas d'inconvénient, il est bon de soutenir la colonne vertébrale par ce moyen. Même pour les cas bénins, la guérison se fera beaucoup plus vite et plus sûrement avec un corset que sans lui. Si d'une séance à l'autre, le rachis redressé n'était pas bien maintenu, comment le dos ne retournerait-il pas à sa mauvaise attitude ?

Mais ce mot de corset ne doit pas effrayer; car celui-ci n'est pas plus gênant qu'un corset de dame; pas plus que celui-ci, il n'est cause de malaise; il procure au contraire un bien-être parfait à la jeune fille qui le porte.

C'est un corset qui ne se voit pas, qui d'emblée donne à l'enfant une silhouette normale, un corset qui s'enlève la nuit et aussi, bien entendu, dans la journée pour les exercices de redressement.

Par le traitement qui vient d'être indiqué et le séjour à la mer, une jeune fille est guérie de sa scoliose au début généralement en huit à douze mois, ce temps passé elle peut quitter Berck; mais elle a encore besoin de surveillance pendant une assez longue période. Suivant les cas, on cesse le traitement local ou on le réduit de moitié en laissant les parents et les enfants le continuer eux-mêmes dans la mesure que le médecin juge opportune.

Cette surveillance des jeunes filles doit durer plusieurs années et même jusqu'à la fin de la croissance. L'on cesse et l'on reprend le traitement actif suivant les besoins et les indications.

Cette surveillance n'est rien, si l'on est sûr d'obtenir ainsi le résultat cherché, *conserver* ou remettre ses *enfants droits*. Or, *cela est*, avec le traitement que M. Calot applique à Berck aux enfants scoliotiques qui ne lui arrivent pas trop tard.

## VII

### LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

Ceux qui sont atteints de luxation congénitale de la hanche marchent en se balançant, en *canardant* d'un côté ou des deux. Cette oscillation rythmique lorsqu'elle est double, rappelle le mouvement de roulis d'un bateau.

Cette démarche est tellement caractéristique qu'il suffit de l'avoir vue une fois pour la reconnaître toujours. Arrivés à l'âge adulte, ces malades boitent plus encore, ils plongent lamentablement à chaque pas. Ce plongeon, c'est la signature d'une luxation congénitale de la hanche, simple ou double.

Par ce qui s'observe dans la boiterie chez l'adulte, on voit qu'au lieu de se passer avec l'âge, suivant la formule chère aux parents, elle ne fait au contraire qu es'accentuer, elle

peut s'aggraver au point d'aboutir à une impotence relative ou même absolue.

Et cette progression régulière se conçoit aisément. Sans vouloir discuter ici la cause première, encore assez mal connue, de la luxation congénitale, on sait que si les os de la hanche ne s'adaptent plus à la naissance, ils sont cependant encore en regard, mais que bientôt, sous l'influence de la marche, ces deux os, tête fémorale et cavité de réception de l'os iliaque, ne se correspondant plus, ne se bridant plus réciproquement, s'éloigneront l'un de l'autre à chaque pas.

La tête fémorale qui, lorsque le pied pose, n'est plus arrêtée par un plafond osseux comme à l'état normal, remonte librement dans les parties molles de la région fessière, et d'autre part le tronc avec l'os iliaque descend, au contraire, en dedans. Ce glissement, cet éloignement des deux os, sera d'autant plus marqué et rapide que l'enfant sera plus lourd, c'est-à-dire plus âgé.

Chez l'adulte, la tête fémorale arrive parfois jusqu'à venir toucher les fausses côtes.

Ce qui précède permet de se rendre compte des troubles fonctionnels, si pénibles, causés par cette dislocation de la hanche, sans compter la souffrance morale si vive qu'entraîne une pareille difformité, attirant et retenant les regards de tous les passants.

La vie avec une pareille infirmité est donc bien trop triste, et il n'est pas permis d'abandonner ces enfants à leur malheureux sort.

Mais peut-on vraiment quelque chose contre une boiterie de naissance? N'a-t-elle pas été appelée *l'opprobre de la chirurgie*, parce qu'elle était la maladie incurable entre toutes? celle dont le grand chirurgien Dupuytren disait que nous

ne pouvions rien contre elle, que c'était même un signe de débilité mentale de poursuivre la solution d'un pareil problème aussi insoluble que la quadrature du cercle !..

Eh bien cette affirmation désolante a reçu un éclatant démenti de la part de Pravaz, Paci, Lorenz, Calot et des orthopédistes.

Aux cinq derniers Congrès de chirurgie, M. Calot a montré 250 enfants complètement guéris sans opération chirurgicale, avec une perfection telle qu'en les voyant marcher, sauter, courir, personne ne peut soupçonner l'infirmité ancienne.

Il faut se reporter au témoignage des radiographies de ces enfants avant le traitement pour se douter qu'ils étaient déboîtés de l'une ou l'autre hanche.

Voilà les résultats auxquels on est arrivé aujourd'hui.

Et, chose admirable, ces guérisons intégrales s'obtiennent à tous coups d'une manière absolument constante, tout au moins entre les mains du Dr Calot. De plus, elles surviennent relativement vite, en trois à cinq mois, et par un traitement bénin, simple, nullement pénible ; pas plus pénible que ne l'est le traitement d'une luxation accidentelle de l'épaule. Aussi bien, ce traitement de la luxation congénitale présente les plus grandes analogies avec celui de la luxation banale de l'épaule.

Pour guérir les boiteries de naissance dans l'un et l'autre cas, on remet à sa place l'os déboîté, on use de manœuvres très comparables entre elles, en se servant de la main seule, sans aucun instrument sanglant, sans effusion d'une seule goutte de sang.

Jusque-là, les deux traitements sont analogues.

Là où ils vont se différencier, c'est à partir de la réduction obtenue.

L'épaule accidentellement déboîtée, ayant été remise en place, y reste d'elle-même, tandis que la hanche congénitalement luxée, ayant été ramenée dans l'ex-cavité malformée parce que déshabitée, n'y restera pas spontanément.

L'on est obligé de l'y maintenir artificiellement avec un petit bandage, un petit tuteur appliqué sur la jambe portée en dehors et laissé pendant quatre à cinq mois.

Ce n'est qu'après un maintien artificiel de cette durée que les os s'étant façonnés par leur pression réciproque, vont se réadapter, se réencastrer d'une façon si harmonieuse et si parfaite qu'il sera possible désormais d'enlever le bandage sans aucun inconvénient, c'est à dire sans la crainte d'une récidive. La tête fémorale ne dérapera plus.

Mais ceci ne laisse pas que d'être assez mystérieux au premier abord. On en vient à se demander comment le défaut d'adaptation peut disparaître ainsi par un contact artificiel des deux os si prolongé qu'on le suppose ?

Cela s'explique par cette propriété particulière des organes vivants de pouvoir se modifier les uns les autres et les uns par les autres dans certaines conditions.

C'est que ne sont pas en présence ici deux corps inertes et partant immuables. Au contraire, ce cotyle et cette tête fémorale sont deux organes vivants, en voie de transformation continuelle, surtout chez les enfants très jeunes : et ces deux organes maintenus et pressés l'un contre l'autre par l'appareil qu'on applique ne pourront pas se heurter ainsi nez à nez pour ainsi dire pendant de longs mois sans réagir l'un sur l'autre, sans se modifier, sans se façonner réciproquement et harmonieusement.

Isolés par le fait du déboîtement, le cotyle et la tête étaient allés se déformant et se rappetissant chaque année davantage. Réunis au contact, ils vont reprendre une forme et des

dimensions normales. Et c'est ainsi qu'après un temps que l'expérience permet de fixer à quatre ou six mois, le cotyle plat est devenu un *cotyle creux*, très suffisant pour retenir la tête fémorale.

A partir de ce moment où la tête a reconquis, moitié par la force, moitié par la douceur, son droit de cité dans le cotyle, on peut laisser les deux os sans tuteur, ils ne s'abandonneront plus.

L'enfant est guéri anatomiquement.

Il ne s'agit plus que de le masser, le baigner et l'exercer un peu pour donner à la démarche l'élégance, la souplesse et la correction normales.

Cette éducation de la marche est l'affaire de trois à quatre mois. Si bien qu'au total, huit à dix mois après le début du traitement, on voit ces enfants marcher avec une aussi impeccable perfection que des enfants qui n'auraient jamais eu de malformation.

M. Calot a si bien réglé la technique de ce traitement, que son efficacité n'a d'égale que sa simplicité. Le secret pour réussir, c'est de s'occuper de ces enfants le plus tôt possible, à l'âge le plus tendre, dès le mal reconnu.

Il y a pour M. Calot des limites d'âge par *en haut* pour le traitement de la luxation congénitale, il n'y en a pas par *en bas*. Et c'est une notion capitale à retenir que plus on arrive tôt, plus le traitement est facile et plus la guérison est intégrale.

Et ceci se conçoit pour peu qu'on veuille réfléchir.

La luxation congénitale devrait être traitée dès la 2e ou 3e année, non pas que la réduction soit généralement impossible à six ans, huit ans, dix ans et même plus tard; mais outre que cette réduction n'est plus certaine à partir de huit à neuf ans, le traitement est devenu plus difficile et

[illegible] ces guérisons ne seront plus aussi mathéma-[illegible] parfaites à dix ans qu'à dix-huit mois ou deux ans. [illegible] on arrive avant toute atrophie et toute défor-[illegible]secondaire du membre luxé. Au contraire, à dix ans [illegible] déboîtée est déjà atrophiée très notablement.

Mais de plus ce fémur luxé qui ne reçoit pas directement [illegible] poids du corps subit avec l'âge des torsions et des dévia-[illegible]ons fâcheuses.

La conclusion est qu'après cette première notion indispensable que la luxation congénitale de la hanche se guérit et se guérit intégralement et constamment, il est une deuxième notion non moins indispensable à faire entrer dans l'esprit du public, c'est que cela n'est vrai *que pour* les petits enfants et que la maladie se guérit d'autant plus sûrement et d'autant plus intégralement qu'on fait plus tôt le traitement.

L'idéal, c'est d'amener ces enfants dès la maladie reconnue, c'est-à-dire dès leurs premiers pas, à dix-huit, vingt, vingt-deux, vingt-quatre mois. Il est même à regretter qu'on ne puisse guère reconnaître la luxation avant ce moment, ce qui est presque impossible en effet, tant qu'on n'aura pas pris l'habitude de radiographier tous les enfants dès la naissance, de même qu'on a l'habitude de les peser.

Et cependant il est arrivé à M. Calot plusieurs fois de pouvoir traiter de ces enfants avant qu'ils n'aient marché : c'est que des mères, particulièrement intelligentes et attentives, ayant remarqué un raccourcissement de 1 centimètre d'une jambe, ou s'étant préoccupées de ce que leur enfant ne marchait pas encore à quinze, seize ou dix-sept mois, lui étaient venues en effet pour demander la raison de ce raccourcissement ou de ce retard de la marche.

Il s'agissait de luxation congénitale. Et c'est ainsi que

**M. Calot a guéri des petits luxés de quatorze, douze et même dix mois, si bien que ces enfants ont été délivrés de leur boiterie de naissance, peut-on dire, avant même que d'avoir boité, ce qui est bien l'idéal à tous les points de vue.**

(*A suivre.*)

---

# CARNET DU PRATICIEN

### Traitement de la furonculose.

(GALLOIS.)

| | |
|---|---|
| 1° Iode métallique | 2 gr. |
| Acétone | 5 » |

Boucher à l'émeri et vaseliner le bouchon. Usage externe.

| | |
|---|---|
| 2° Ouate hydrophile | 50 gr. |
| 3° Glycérine | 200 » |
| Acide borique | 20 » |

Dissolvez. Usage externe.

| | |
|---|---|
| 4° Ouate ordinaire (non hydrophile) | 125 » |

5° Trois bandes de mousseline souple de (5, 7 ou 10 centimètres de largeur, suivant les cas).

*Technique à suivre* : Prenant un morceau de bois (allumette), entourer son extrémité libre avec un petit flocon d'ouate que l'on trempe dans l'iode-acétone, puis aller déposer une sorte de grain de beauté d'iode-acétone sur chacun des petits clous en préparation. Quant au clou plus gros que les autres qui existe presque toujours, s'il n'est pas ouvert, le badigeonner à l'iode-acétone. S'il est ouvert, ne pas le toucher. (M. Gallois n'incise jamais les furoncles et presque jamais les anthrax.)

Ceci fait, prendre une feuille d'ouate hydrophile assez large pour recouvrir et au delà la région malade. Tremper cette feuille dans de l'eau boriquée ou bouillie, puis l'exprimer aussi complètement que possible. (Il est nécessaire d'humecter l'ouate au préalable, sans quoi elle absorberait mal la glycérine.) Etaler alors

l'ouate et y verser très abondamment de la glycérine boriquée. (Il faut presque qu'il y en ait trop et que l'excès commence à tomber par terre.) Appliquer alors cette ouate glycérinée sur la région malade. La recouvrir ensuite d'une feuille d'ouate ordinaire (non hydrophile), assez étendue pour les déborder largement. (L'ouate ordinaire prend encore plus mal la glycérine que l'ouate hydrophile ; la diffusion de la glycérine est ainsi réduite au mininum et le pansement reste humide. Il ne faut pas employer d'imperméables, un pansement aqueux, recouvert d'imperméable est le meilleur moyen de cultiver les furoncles.)

Fixer le tout avec une bande.

L'ouate hydrophile peut être remplacée par un objet de pansement vendu sous le nom de « lint ». Le lint a cet avantage qu'il prend directement la glycérine et n'a pas besoin d'être humecté au préalable.

La gaze donne de moins bons résultats, elle prend bien la glycérine, mais ne la garde pas. Elle se dessèche d'un jour à l'autre et fait ainsi perdre au pansement sa première qualité qui est de rester humide, mais non aqueux pendant au moins vingt-quatre heures.

Sur l'ordonnance ajouter :

| | | |
|---|---|---|
| Acide phosphorique officinal | 15 | gr. |
| Phosphate de soude | 30 | » |
| Eau | 250 | » |

Dissolvez.

Cette solution d'acide phosphorique (formule Joulie) a pour but de donner satisfaction aux malades qui veulent absolument avoir un « dépuratif » — M. Gallois n'y tient pas outre mesure. — Il en faut prendre une cuillerée à café dans le premier verre de boisson aux repas. Chez les diabétiques, il la remplace par la levure de bière.

Renouveler le pansement une fois par jour, au besoin deux fois lorsque le furoncle à maturité fournit une grande quantité de pus. Lorsqu'on a enlevé la bande, le pansement s'il a été suffisamment glycériné ne doit pas adhérer ; il s'enlève sans difficulté

et tombe presque de lui-même. Si la suppuration n'est pas abondante on peut constater que la glycérine, en raison de sa grande affinité pour l'eau, a déshydraté complètement le pus et l'a changé en une simple tache ocreuse infiltrée dans l'ouate. Si le pus est un peu plus abondant, il forme croûte, mais celle-ci est molle, peu adhérente à la peau et ne produit pas de rétention. Si tout le pus n'est pas déshydraté, la partie restée liquide est peu abondante et ne s'étale pas en dehors de la surface du clou.

Si l'on examine la région malade on constate que le clou est, en général, moins turgescent, mais surtout que la peau, au voisinage, est dans un état parfait. Avant l'application du pansement, elle était souvent, en cas de furonculose, toute constellée de rougeurs, de petites pustules militaires ou de boutons. Vingt-quatre heures après, les rougeurs et les pustules ont disparu. Les boutons, malgré l'application de l'iode autour, continuent parfois à évoluer sous forme de furoncles, mais ces furoncles ne deviennent pas aussi volumineux en général que les précédents. Et si l'on continue les pansements ils doivent être les derniers.

Un certain temps après la guérison d'une furonculose, un nouveau clou apparait parfois. Cela tient généralement à ce que les linges ou les vêtements n'ont pas été désinfectés et ont conservé des staphylocoques virulents. A cet égard les faux-cols sont particulièrement dangereux. Quand ils sont vieux et un peu trop empesés, leur bord constitue une véritable scie tranchante qui laboure la peau et lui inocule des microbes. Pour éviter cet inconvénient il faut recommander au malade de frotter à la paraffine le bord des faux-cols, pour en écraser les aspérités, et rendre plus doux les contacts.

# REVUE DES THÈSES

par M^me^ P. LABORIE.

**Physiologie de l'aéronaute.** M. Jacques SOUBIES (*Thèse de Paris*, 1907, n° 1).

Nous ne savons pas encore si les voyages en ballon entreront dans nos mœurs, mais nous pouvons dès maintenant connaître les conditions de la vie dans l'atmosphère d'après la remarquable thèse du docteur J. Soubies.

Les recherches sur ce sujet s'étaient limitées jusqu'ici aux modifications du sang et de la respiration. Après avoir répété les expériences antérieures et présenté de nouveaux documents sur ces points, l'auteur étudie la question du mal en ballon dont il fixe pour la première fois la symptomatologie, puis les variations de la force musculaire, de la sensibilité des organes des sens; ces derniers chapitres sont entièrement originaux.

Signalons enfin, dans l'hygiène de l'aéronaute, les pages consacrées aux indications et aux contre-indications du ballon, et qui sont utiles à consulter au moment où la locomotion aérienne reçoit chaque jour de nouveaux adhérents.

**Le métabolisme des chlorures chez les tuberculeux.** M. Marcel CLARET (*Thèse de Paris*, 1908, n° 144).

La notion de déminéralisation du terrain organique chez les tuberculeux ne date pas d'aujourd'hui et elle s'est précisée de nos jours par les remarquables travaux du professeur A. Robin sur les coefficients urologiques.

De l'étude de nombreux auteurs cités dans cette thèse, il résulte que l'organisme tuberculeux est un terrain appauvri en chlorures et inapte à les fixer et à récupérer ses pertes, au moins si on les lui fournit sous forme de NaCl.

Le docteur Claret nous fait suivre avec grand intérêt le mécanisme de cette déminéralisation chlorurée, elle s'accomplit, d'une

part, par l'addition de petits déficits journaliers presque constants, d'autre part, en de grosses débâcles chlorurées, prolongées, chroniques pourrait-on dire et qui succèdent à tout épisode aigu de la maladie.

Cette hypochloruration peut être mise en lumière par deux moyens d'une facile exécution, et ceux-ci peuvent dans une certaine mesure aider au diagnostic de la tuberculose.

D'autre part, quelle que soit la quantité de chlorures que l'on fournit à l'organisme du tuberculeux, celui-ci ne le fixe que pendant quelques heures, et il est à peu près constant qu'il en excrète au moins autant.

Si l'on veut restituer à ce terrain ses réserves de NaCl, il ne faut pas compter sur la voie directe de l'ingestion médicamenteuse, mais rechercher plutôt, dans les composés chlorés plus assimilables, la solution de la reminéralisation chlorurée du terrain tuberculeux.

**Contribution à l'étude du traitement de la syphilis du nouveau-né.** M. Vaillant (*Thèse de Paris*, 1907, n° 44).

Parmi les causes de la grande mortalité infantile, l'une des plus fréquentes est certainement l'hérédo-syphilis.

La première condition pour lutter contre la mortalité est de recourir au traitement mercuriel.

Les frictions d'onguent napolitain à la dose de 1 à 2 grammes par jour constituent une médication assez active.

Par la voie buccale, il y a trois préparations, celles-ci seront données aux doses journalières suivantes :

Mercurium cum creta 2 à 5 centigrammes incorporés à du sucre de lait.

Liqueur de Van Swieten, X à XL gouttes et même LX gouttes dans les premiers mois; jusqu'à 4 et 5 grammes après un an.

Lactate mercurique, X à XL gouttes.

Les syphilides à tendances ulcéreuses nécessitent, outre le traitement général, un traitement local approprié; des préparation s

solubles la moins douloureuse est la solution aqueuse de biiodure dont on fait un demi à 3 milligrammes par séries de 10 à 15 piqûres, faites tous les jours et suivies d'un repos de dix à quinze jours.

Ces injections seront pratiquées de préférence dans les cas de manifestations syphilitiques viscérales et osseuses.

**Un nouveau traitement de la syphilis par un agent non mercuriel.** M. WEIL (*Thèse de Paris*, 1907, n° 21).

Le sel d'urane possède des propriétés radio-actives, il a par conséquent une action indéniable sur le système nerveux. L'uranate d'ammoniaque s'emploie en injection de 0 gr. 05 chaque semaine, même pendant une durée presque indéfinie il n'a causé aucune température, pas d'amaigrissement. La sécrétion urinaire n'est pas diminuée et on ne rencontre aucun élément pathologique dans les urines.

Chez les malades à dentition défectueuse le produit a été bien toléré; au point de vue local, pas de réaction, ni douleur.

En résumé le peu de toxicité de l'uranate d'ammoniaque lui donne une grande valeur thérapeutique, à ce point de vue il l'emporte sur le mercure.

**Les méfaits antiseptiques.** M. ZIMMER (*Thèse de Paris*, 1907, n° 47).

L'usage des antiseptiques en thérapeutique et surtout en chirurgie jouit d'une faveur et d'une considération telles que son succès est presque universel.

Dans ces dernières années et d'après la manière de voir du professeur Terrier, on a reconnu que ceux-ci nuisent certainement à la vitalité des microbes, mais ils en respectent beaucoup d'autres et doivent être considérés comme d'une sécurité trompeuse.

Ils ne sont que partiellement germicides et pratiquement ils

doivent être considérés comme inoffensifs au point de vue des spores. Ils peuvent être nuisibles et entrainer la mort comme l'indique une série d'observations publiées dans cette thèse.

Les accidents locaux macroscopiques et microscopiques ne sont pas rares, et s'ils ne sont parfaitement germicides ils sont certainement cellulicides.

Aucun antiseptique ne parait exempt de ce reproche, et le titre de ce travail nous semble justifié, puisqu'on méconnait peut-être trop jusqu'ici les méfaits antiseptiques.

**Etude clinique et thérapeutique des vomissements du nourrisson.**

M. FRANÇOIS (*Thèse de Paris*, 1907, n° 35).

Le vomissement est un symptôme des plus fréquents de la pathologie infantile. Les fautes commises dans l'alimentation déterminent le plus souvent les vomissements du nouveau-né. La suralimentation doit être presque toujours incriminée.

L'action antiémétique et eupeptique du citrate de soude est incontestable, aussi bien chez les enfants élevés à l'allaitement artificiel ou mixte que chez les enfants nourris au sein.

Il faut aussi surveiller les troubles d'inanition dont souffrent beaucoup d'enfants élevés au sein; dans ces cas l'allaitement mixte doit être prescrit, le lait stérilisé Gallia sera donné de préférence, avoir soin d'ajouter à chaque biberon une cuillerée à soupe de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Citrate de soude........................ | 5 gr. |
| Eau distillée........................... | 300 » |

*M.*

**L'ozone en thérapeutique, la peroxydine, l'hypodermozone**

M. DIDA (*Thèse de Paris*, 1907, n° 36).

L'ozone possède une action physiologique très active qui doit lui donner une très large place en thérapeutique : son action est surtout marquée sur le sang.

Depuis longtemps on a cherché une forme médicamenteuse constituant une sorte de réservoir portatif d'ozone capable de restituer cet ozone à la température du corps.

La peroxydine et l'hypodermozone paraissent remplir ce but, l'un par la voie stomacale, l'autre par la voie hypodermique. La peroxydine est une solution hydro-alcoolique d'ozone à un dixième en volumes, soit 2 milligrammes d'ozone par centimètre cube. L'hypodermozone a la même composition, mais sa teneur en ozone est de 40 p. 100 en volumes. La peroxydine se prend à la dose de deux à quatre cuillerées à café par vingt-quatre heures, soit de 15 à 30 milligrammes en plusieurs prises.

L'hypodermozone contient 8 milligrammes d'ozone par centimètre cube; on en fera des injections de 2 cc., soit 16 milligrammes d'ozone.

Son emploi est indiqué dans les maladies des voies respiratoires, les anémies, les intoxications microbiennes.

L'hypodermozone doit s'employer dans les cas urgents comme tonique, on en a tiré de bons résultats dans une pleurésie.

---

# BIBLIOGRAPHIE

*Aide-Mémoire de Thérapeutique*, par G.-M. Debove, doyen honoraire de la Faculté de médecine, professeur de clinique, membre de l'Académie de médecine; G. Pouchet, professeur de pharmacologie et matière médicale à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; A. Sallard, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8°, de VIII-790 pages, imprimé sur 2 colonnes, relié toile (Masson et Cie éditeurs). Prix : 16 fr.

On est effrayé de la somme de connaissances exigées d'un médecin et du nombre de choses qu'il doit savoir au moment où il passe ses examens. Il est probable qu'il en oublie un grand nombre, ou qu'elles n'existent plus dans son esprit qu'à l'état de vagues linéaments. Accaparé par les nécessités de la clientèle, il n'est plus attiré que par la partie de la science qui peut lui être cliniquement utile, c'est-à-dire qui servira au diagnostic, au pronostic et au traitement des maladies. Ainsi limité, ce champ est encore si vaste qu'aucun praticien ne peut se vanter de n'avoir point une défaillance de mémoire et de n'être pas obligé de chercher un renseignement dans ses livres classiques.

Destiné à parer aux défaillances de mémoire, inévitables dans l'exercice de la pratique journalière, l'*Aide-Mémoire de Thérapeutique* réunit, sous une forme concise, mais aussi complète que possible, toutes les notions thérapeutiques indispensables au médecin. Pour faciliter la recherche rapide, les questions sont classées par ordre alphabétique. Elles comprennent : 1° L'exposé du *traitement de toutes les affections médicales et des grands syndromes morbides*; 2° l'étude résumée des *agents thérapeutiques principaux, médicaments et agents physiques*; 3° la mention des *principales stations hydrominérales* (situation, composition, indications) et *climatériques*; 4° l'exposé des *connaissances essentielles en hygiene et en bromatologie*.

En ce qui concerne le traitement des maladies, le problème du diagnostic est supposé résolu et les détails cliniques sont réduits au strict nécessaire. L'étude de chaque médicament comprend non seulement celle de ses caractères physiques et chimiques, de ses indications thérapeutiques, de sa posologie, de ses effets utiles, mais encore celle de ses actions nuisibles et toxiques, de ses effets physiologiques expérimentaux (s'il y a lieu), des signes traduisant, chez l'homme, l'intolérance ou l'intoxication. A propos de tous les agents médicamenteux usuels sont donnés des spécimens de formules applicables aux cas les plus fréquents de la pratique courante. Du reste, les détails fournis sur chaque drogue, les notions exposées en divers articles (*art de formuler, incompatibilités, intolérance pour les médicaments, potions, pilules, cachets, etc.*) permettront aisément au médecin de formuler lui-même des prescriptions variées et appropriées à chaque cas particulier.

Réunissant en un seul et même ouvrage un résumé de clinique thérapeutique et un formulaire, cet Aide-Mémoire, bien imprimé et élégamment relié, est destiné à devenir le vade-mecum indispensable au médecin praticien.

*Thérapeutique hydro-minérale des maladies vénériennes*, indications des cures thermales dans les principaux accidents de la syphilis et de la Blennorragie, choix de la station, par le Dr Henri Pelon, ancien chef de Clinique à la Faculté de Montpellier. 1 volume in-18 de 400 pages. Rudeval, éditeur, broché : 5 fr.

Les maladies vénériennes sont bien les plus communes de la pratique journalière. A côté des traitements médicamenteux ou opératoires qui leur sont applicables, elles sont très fréquemment justiciables des cures hydrominérales.

L'ouvrage du Dr Pelon a précisément pour objet cette étude des eaux thermales dans les maladies vénériennes.

La première partie est consacrée à *la syphilis*. L'auteur, après avoir fait la critique de l'ancien mode de traitement d'épreuve, expose l'utilité des cures minérales pour remonter l'état général du syphilitique, et pour redresser son état diathésique dont la nutrition est souvent viciée. Il insiste sur l'action fortement adjuvante que prêtent certaines eaux thermales au

traitement mercuriel et sur la tolérance si remarquable des hautes doses hydrargyriques qu'elles permettent d'obtenir dans les cas pressants. Il passe enfin en revue les principales classes d'eaux minérales applicables aux syphilitiques et arrive à préciser très nettement la station la mieux appropriée à chaque cas déterminé.

Dans la deuxième partie, l'auteur examine les diverses localisations de *la blennorragie* sur l'urètre, la vessie, le bassinet, le rein, l'utérus, les articulations; d'où autant de chapitres consacrés aux indications des eaux minérales dans les urétro-cystites, pyélo-néphrites, métrites, arthrites, etc., et à la détermination exacte de la source la meilleure dans chacune de ces localisations chroniques du gonocoque.

Le livre du Dr Pelon vient à son heure, à ce moment de l'année où se posent de toutes parts les indications des cures thermales. Le succès de ses précédents travaux et ses titres scientifiques recommandent sa « thérapeutique hydro-minérale des maladies vénériennes » à l'attention de tous les praticiens.

*Guide de médecin oculiste dans les accidents de travail*, par le Dr CAILLAUD, assistant adjoint d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris. Paris, 1908, 1 volume grand in-18, 216 pages. Librairie Rousset. Prix : 3 fr. 50.

Ce guide, que tout oculiste devra avoir dans sa bibliothèque, et que beaucoup de médecins pourront utilement consulter vient combler une lacune dans la littérature médicale.

Au lieu de s'adresser à de gros traités généraux sur les accidents de travail, les oculistes trouveront dans le livre du Dr Caillaud tout ce qui concerne les accidents de travail dans leur spécialité.

Ce livre est un traité pratique, n'envisageant que des côtés pratiques. Un rapide aperçu en fera mieux juger.

Le premier chapitre traite rapidement de l'examen du blessé. Puis vient une étude sur les certificats médicaux pour accident de travail qui intéressera tous les médecins, spécialistes ou non. L'auteur s'étend ensuite sur les soins à donner aux blessés et sur l'hospitalisation. Puis il traite de la simulation et de l'hystérotraumatisme; il donne la préférence au procédé des verres convexes et au diploscope pour la recherche des amblyopies simulées unilatérales.

L'auteur fait dans le chapitre v une longue critique et interprétation du tarif Dubief tel qu'il est encore appliqué. Le nouveau tarif se rapprochera d'ailleurs de l'ancien, et l'interprétation que donne le Dr Caillaud sera valable même après l'apparition encore retardée du nouveau décret concernant les soins médicaux.

Après une très intéressante étude sur la responsabilité des honoraires, sur les rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances et sur les droits ou devoirs des médecins d'assurance (chapitre concernant uniformément tous les médecins), l'auteur fait un très long chapitre sur les expertises.

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Thérapeutique médicale.

**Traitement préventif des coliques hépatiques par l'usage continu de la glycérine** (*Arch. méd. chir. du Poitou*). PLANTIER (d'Annonay) rappelle un travail de Ferrand sur l'emploi de la glycérine dans le traitement de la lithiase biliaire paru en 1892 dans le *Bulletin médical* et dont les conclusions étaient les suivantes : 1° La glycérine administrée par l'estomac est absorbée en nature par les voies lymphatiques; on la retrouve dans le sang des veines sushépatiques ; 2° La glycérine est un puissant cholagogue et un agent précieux contre les coliques hépatiques; 3° A dose relativement massive de 20 à 30 grammes, la glycérine détermine la fin de la crise; 4° A dose légère (5 à 15 grammes) la glycérine, prise chaque jour dans un peu d'eau alcaline, prévient de nouvelles attaques.

Le Dr PLANTIER employa la glycérine non pas au moment des crises douloureuses (car son action ne lui a pas paru s'exercer alors d'une façon bien efficace), mais pour prévenir celles-ci. Il prescrivit tous les matins pendant des mois et même des années une cuillerée à café de glycérine pure neutre dans un demi-verre d'eau de Vichy ou d'eau de Vals. Et alors il n'observa plus chez aucun des malades ainsi traités, quelque graves, quelque répétées, quelque anciennes qu'eussent été ses crises de coliques hépatiques, aucune manifestation de ce genre. Et cela sans les astreindre à une cure thermale quelconque ou à un régime particulier. L'auteur cite un grand nombre d'observations qui paraissent en effet venir confirmer d'une manière très probante la valeur du traitement qu'il préconise.

**Méthodes curatives du rhumatisme chronique**. — FRANKE (*Deut. med. Woch.*, 1907, n° 31) résume les pratiques le plus en usage relativement au traitement local des affections chroniques des articulations. Il prétend que la meilleure des conditions pour

empêcher ou prévenir le passage à la forme chronique est le repos au lit. A l'encontre des doctrines actuelles, qui préconisent le massage et la mobilisation des articulations pour empêcher l'ankylose articulaire, l'auteur recommande le repos de l'articulation, car, d'après son expérience personnelle, il n'a jamais observé d'ankylose, sauf dans deux cas de rhumatisme fibreux où la raideur articulaire survint même malgré le massage précoce et la mobilisation.

Le repos doit être imposé tant que les douleurs provoquées par les mouvements de l'articulation sont vives, et l'unique préoccupation doit être d'éviter le plus possible toute irritation des articulations par des mouvements prématurés dans la crainte de faire passer la maladie à l'état chronique.

C'est précisément le cas qui se présente pour les lésions articulaires qui surviennent avec une certaine fréquence à la fin de la maladie, sur l'articulation de la main.

La seule indication d'une mobilisation précoce est celle du rhumatisme blennorragique.

Un bon moyen thérapeutique est représenté par les appareils à air chaud de Bier, et les enveloppements froids de Priesnitz, en ayant soin qu'ils ne soient pas assujettis par un bandage trop serré. L'action de l'air chaud est très utile, et l'appareil de Bier est relativement peu coûteux.

L'hyperhémie par stase sanguine possède une action calmante sur les phénomènes douloureux; mais il faut l'employer rapidement et fréquemment pour qu'elle donne des résultats satisfaisants.

Pour éviter l'atrophie musculaire consécutive à un repos et à une immobilisation prolongés de l'articulation, il est nécessaire d'avoir recours au massage systématique des muscles en voie d'atrophie et de les stimuler par la faradisation ou la galvanisation, en ayant soin de ne pas irriter les articulations malades. Le massage trouve seulement son application logique, quand le gonflement est à peu près disparu, quand on n'excite plus de douleur, ni aucun phénomène réactionnel.

Quand l'inflammation et la turgescence articulaires sont dissipées, il faut procéder hardiment à la rupture des adhérences intra-articulaires en recourant à l'anesthésie chloroformique ou à la rachistovaïnisation.

Pour empêcher le retour de ces adhérences, on peut injecter de la vaseline dans l'articulation, de 5 à 10 gr. Mais bien plus efficaces sont les bains chauds locaux de 40 à 45°, appliqués 2 fois par jour et d'une durée de 10 à 30 minutes, spécialement pour les lésions des mains, des pieds et du coude.

Les bains alternativement chauds et froids sont aussi très efficaces. Le membre, maintenu 5 minutes dans le bain chaud, est immergé pendant 1/4 à 1/2 minute dans un bain froid de 10 à 15° jusqu'à sensation de froid, et on passe du bain froid au bain chaud et ainsi de suite, tant que la tolérance est parfaite.

Pour l'articulation, on emploie la douche alternativement chaude et froide.

Les enveloppements chauds de toutes sortes de l'articulation, soit avec de l'avoine, ou de la graine de lin, ou même avec de la bouillie de pommes de terre en raison de son bas prix et de la commodité de la préparation, les bains de boues thermales, rendent d'excellents services.

Une autre méthode qui peut très bien réussir est celle des bains de sable chauffé à la température de 45 à 50°. On y plonge le membre pendant un 1/2 à 1 heure et même encore plus longtemps si le sable maintient sa température.

**Contribution au traitement de la migraine.** — Le régime, la suppression du surmenage et des excès, l'hydrothérapie, les bains de mer, le séjour à la montagne sont souvent très utiles aux migraineux. Si les narcotiques sont en général mal supportés, si le bromure de potassium à haute dose donne quelques succès, il est à remarquer que ce sont surtout les antipyrétiques que l'on prescrit et l'on s'adresse à l'antipyrine, l'antifébrine, le salicylate de soude. Certains autres méritent à ce point de vue d'être rappelés, ce sont l'acétopyrine, la salipyrine, la trigémine, l'exal-

gine, la lactophénine, la phénacétine et la migrainine. M. V. KLIMEK (*Med. Blätter*, 21 décembre 1905) cite encore comme très utiles le guarana et la caféine. Mais tous ces médicaments échouent à un moment donné, lorsqu'on cherche celui qui est approprié dans chaque cas particulier : c'est ce qui a conduit à associer plusieurs de ces médicaments dans une seule préparation, fixée uniquement par l'empirisme. On sait que tous les nervins ont une action cumulative qui se traduit par des phénomènes toxiques. Cette circonstance oblige à cesser la médication ou à recourir à une nouvelle forme d'association supprimant ou diminuant beaucoup l'action toxique. Partant de ces considérations, Fuchs a proposé la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Phénacétine | 0 gr. 50 |
| Caféine | 0 » 06 |
| Codéine | 0 » 02 |
| Guarana | 0 » 20 |

pour un paquet à prendre au moment de l'accès.

## Thérapeutique chirurgicale.

**Faut-il conserver les racines des dents cassées ou cariées ?** — A une telle question les réponses varient. Un certain nombre de médecins praticiens ne voient, en général, aucune raison de conserver un foyer d'infection dans la bouche; la présence de racines, autour desquelles s'accumulent des débris alimentaires risquant de déterminer un beau jour une fluxion, un abcès, une fistule, voire même d'autres accidents. Aussi pensent-ils qu'il est préférable de tout faire pour obvier à de tels désagréments. Et, à leur avis, l'extraction systématique s'impose.

En un intéressant article publié sur la question dans le journal *La Clinique*, M. SAUVEZ fait remarquer que cette façon d'agir, rationnelle il y a une trentaine d'années, doit être modifiée aujourd'hui. Pour lui, il est absolument nécessaire de faire soigner non seulement les dents cariées, mais aussi les racines, à moins d'impossibilité matérielle absolue. On sait à

l'heure actuelle que lorsqu'une racine a été soignée suivant les règles de l'art dentaire moderne, le pourcentage des accidents qui peuvent survenir est insignifiant par rapport au nombre des racines guéries. Il sera toujours temps d'ailleurs — si, par suite d'une disposition anatomique spéciale ou de circonstances particulières, le résultat du traitement n'a pas été parfait et si le malade souffre — de pratiquer l'extraction.

Il n'entre pas dans le cadre de cet article de décrire le traitement des racines dans ses minutieux détails. Qu'il suffise de dire que ce traitement dans ses grandes lignes consiste à nettoyer le canal qui est au centre de chacune des racines des dents, à enlever tous les débris septiques et, quand on a réussi à antiseptiser parfaitement ce canal, à l'obturer soigneusement avec du ciment, jusqu'à son extrémité qui est toujours le point de départ de tous les accidents infectieux d'origine dentaire.

Certains diront que c'est se donner bien du mal pour garder un moignon qui ne sert plus à mastiquer ou sur lequel on essaiera de mettre une dent à pivot, cause possible de multiples inconvénients, alors qu'avec l'anesthésie locale, le malade aurait été débarrassé en quelques instants, sans souffrir, de cet organe prétendu inutile. A cela on doit répondre qu'il est possible, après avoir traité une racine, de reconstituer avec elle une dent qui rendra absolument les mêmes services qu'une dent normale au point de vue physiologique comme au point de vue esthétique.

Une racine est un moignon sans doute, mais tandis qu'on ne peut installer sur le moignon d'un membre coupé qu'un appareil qui trompe difficilement au point de vue esthétique, et qui, en tout cas, ne remplit jamais d'une façon parfaite la fonction physiologique de ce membre, on peut, sur une racine, grâce aux ressources de la prothèse, fixer une couronne artificielle qui défiera souvent un œil exercé et qui remplira toutes les fonctions de la couronne disparue (mastication, parole...). La prévention que beaucoup de médecins et de malades ont contre les dents à pivot doit disparaître, car les raisons qui justifiaient cette prévention n'existent plus.

Jadis, en effet, on employait des couronnes de dents naturelles (par conséquent susceptibles de se carier) montées sur des pivots de bois (par conséquent destinés à s'infecter) fixés dans le canal radiculaire. On a ensuite employé des dents artificielles en porcelaine, montées sur des pivots métalliques qui étaient scellés dans les racines au moyen du ciment. Mais, outre que, le plus souvent, les canaux étaient mal aseptisés et non obturés jusqu'au fond, et qui amenait fréquemment des accidents immédiats, peu à peu la salive et les débris alimentaires s'infiltraient entre la section de la racine et la couronne artificielle, et arrivaient ainsi, jusqu'aux parois du canal radiculaire, en désagrégeant le ciment. Ce canal s'infectait à nouveau, ses parois se cariaient et la dent finissait par tomber, quand la réinfection du canal n'amenait pas des accidents consécutifs rapides ou tarifs.

Aujourd'hui il n'en est plus de même. En prenant la précaution de bien antiseptiser les racines, d'en obturer le canal avec du ciment, on peut les conserver. Ce faisant, on ne verra plus ce qui s'observe journellement, des personnes dont l'esthétique faciale a été modifiée d'une façon regrettable, à la suite d'extractions, dont les lèvres et les joues rentrent lamentablement, parce qu'elles manquent du soutien des bords alvéolaires qui se sont affaissés et résorbés à la suite de l'extraction des racines, dont toute la face, en un mot, a pris un air vieillot qui ne concorde pas avec leur âge.

**Traitement des ulcères par le chlorure et l'iodure de calcium,** d'après G. A. STEVENS (*Méd. Rev. et Arch. du Poitou*). — L'auteur a remarqué que les engelures guérissaient rapidement après administration du chlorure de calcium. Il observa semblable effet dans les ulcères chroniques de jambe en même temps qu'une disparition presque immédiate de la mauvaise odeur. Des malades qui, en dépit de pansements soigneux, présentaient des ulcères fétides, prirent en trois fois chaque jour 15 grammes de chlorure de calcium. Peu de jours après, les ulcères n'avaient presque plus d'odeur et bourgeonnaient activement. La peau

environnante prenait un aspect sain que l'on trouve rarement dans l'ulcère même cicatrisé.

Dans quelques cas, après une période d'activité, la cicatrisation se ralentissait et parfois cessait complètement. Le chlorure de calcium n'exerce en effet son action coagulante sur le sang que pendant peu de jours seulement. L'auteur essaya alors l'iodure de calcium à la dose de 3 grammes en trois prises quotidiennes. Sous l'influence de ce médicament, il vit les bords d'ulcères épais et calleux devenir minces et évoluer vers la cicatrisation en un temps extraordinairement rapide.

**L'organisation moderne des premiers secours en cas d'accident ou de malaise subit**, par le Dr MARCEL SAVOURÉ (*Thèse de Paris*, 1907).

Au point de vue humanitaire et social, la question de l'organisation des premiers secours en cas d'accident ou de malaise subit méritait d'être examinée en son ensemble, et, dans un travail sérieusement documenté, l'auteur étudie l'organisation actuelle des premiers secours dans les grands centres, dans les établissements publics (théâtres), dans les compagnies de chemins de fer, dans les exploitations industrielles et agricoles, dans les villages, les campagnes.

Il prouve sans peine, en s'appuyant sur l'opinion de ceux des auteurs (professeurs, médecins praticiens, ingénieurs, publicistes) qui ont envisagé la question sous ses divers aspects, qu'à notre époque où le nombre des accidents de personnes augmente de jour en jour, tandis que partout on s'efforce de se conformer aux exigences scientifiques modernes, l'organisation des premiers secours est restée « déplorablement, dangereusement routinière et retardataire ».

Les imperfections proviennent autant des défectuosités du matériel que de l'inexpérience des personnes appelées à l'utiliser, car il importe avant tout de ne mettre entre les mains du public aucun moyen thérapeutique dont il puisse mésuser.

L'auteur démontre qu'en ce qui concerne « le secours immé-

diat » que chacun de nous a le devoir d'apporter le cas échéant, lorsqu'il s'agit de mettre un malade ou un blessé en état d'attendre, dans les meilleures conditions possibles, un traitement ultérieur plus étendu, le matériel et les médicaments d'urgence se réduisent, en réalité, à peu de choses : point n'est besoin d'avoir à sa disposition un arsenal volumineux et compliqué.

A cet égard, l'auteur critique très judicieusement la composition de la plupart des boîtes de secours actuellement en usage, il indique l'ensemble des conditions auxquelles doit rigoureusement répondre toute boîte de secours établie conformément aux données scientifiques modernes et cite en exemple la boîte de secours immédiats du Dr Quidet.

Dans un chapitre particulièrement intéressant qui traite de l'organisation des premiers secours dans le cabinet du médecin, l'auteur a dressé la liste des instruments et du matériel ainsi que des objets de pansement et des médicaments d'urgence en insistant sur leur conditionnement spécial qui doit assurer leur conservation parfaite et leur utilisation immédiate en toute circonstance où il peut être inopinément fait appel au praticien pour intervenir avec toute la rapidité et l'efficacité désirables en cas d'accident ou de malaise subit.

## Pharmacologie.

**Contribution à l'étude thérapeutique des quinquinas et de leurs alcaloïdes.** — M. Donnys Jarnio, dans cette étude, s'élève contre la division que l'on fait des quinquinas en gris, jaunes et rouges, division qui n'a pas de raison d'être, étant donnée qu'à l'heure actuelle le même arbre peut fournir les trois sortes. La division rationnelle devrait se baser sur la teneur de ces écorces en alcaloïdes et autres principes actifs auxquels elles doivent leurs propriétés curatives. Les travaux faits sur cette drogue conduisent à employer le quinquina Calisaya de préférence aux autres, car il est le plus riche au point de vue des divers principes actifs et de leur teneur relative. L'analyse chimique confirme la complexité de la constitution de ces écorces. On y trouve

1 glucoside, 3 acides, 24 alcaloïdes et des matières colorantes, sucrées mucilagineuses.

La quinine exerce sur les appareils de l'organisme une action bien manifeste, mais c'est surtout sur la circulation et le système nerveux qu'elle agit avec le plus d'intensité. Elle diminue l'azote et l'urée éliminée, elle modère les combustions organiques. Prise à petites doses, on la retrouve au bout d'une demi-heure dans l'urine et dans la salive; elle s'élimine aussi par la transpiration, et au bout de douze heures, elle a disparu de l'organisme. L'élimination est ralentie lorsqu'on en prend de fortes quantités. La cinchonine est peu utilisée en raison surtout de sa toxicité et de son action convulsivante ; elle s'élimine plus lentement, son action thérapeutique est moins intense que celle de la quinine.

Les quinquinas, la quinine et même les autres alcaloïdes exercent une action toxique sur l'hématozaire de Laveran, mais non sur les bactéries et les infusoires. Dans les états cachectiques du paludisme le quinquina doit être préféré à la quinine, de même dans les fièvres adynamiques lorsqu'on recherche l'effet tonique.

Les préparations des quinquinas produisent des effets surprenants dans les névralgies intermittentes, ces effets sont supérieurs souvent à ceux des narcotiques, en agissant à la fois comme analgésiques et curateurs. Dans les ulcères à forme torpide, la décoction de quinquina est un bon remède. (*Revista Especialidades*, janv. 1906.)

**Antagonisme entre la morphine et le véronal.** (*Aerzt. Mitheil.* 1906). — Les inconvénients qui suivent une injection de morphine n'apparaissent pas, lorsqu'on donne du véronal, une demi-heure environ avant l'injection. Une dose de 0 gr. 5 de véronal paralyse les troubles fournis par 0 gr. 3 de morphine, sans modifier en rien l'action thérapeutique et analgésique de l'alcaloïde. Par contre, le sommeil suit rapidement l'injection, tandis qu'à la suite de l'action de la morphine seule, le malade met trois à quatre heures à s'endormir. Les mêmes effets s'observent avec le sulfonal.

# FORMULAIRE

### Pilules laxatives.

| | | |
|---|---|---|
| Poudre d'aloès | } àâ | 0 gr. 10 |
| Gomme-gutte | | |
| Essence d'anis | | I gt. |
| Miel pour une pilule | | Q. s. |

*M. s. a.* pour une pilule : 2 à 5 par jour.

### Contre la diarrhée.

| | |
|---|---|
| Résorcine | 0 gr. 80 |
| Glycérine | 16 » |
| Teinture d'opium | 0 » 04 |
| Eau de canelle | 16 » |

Une cuillerée à soupe pour un adulte, une à deux cuillerées à thé pour les enfants.

### Pour stimuler l'appétit.

| | |
|---|---|
| Sulfate de strychnine | 0 gr. 02 |
| Arséniate de soude | 0 » 04 |
| Eau | 120 « |

*F. s. a.* Solution.

Une cuillerée à café avant les deux principaux repas.

### Mixture pour exciter l'appétit des enfants sevrés.

| | |
|---|---|
| Eau distillée | 200 gr. |
| Bicarbonate de soude | 5 » |
| Sirop de quinquina | 50 » |
| — de gentiane | 60 » |

Une cuillerée à soupe cinq minutes avant les prises d'aliment, trois fois par jour.

*Le Gérant :* O. DOIN.

PARIS. — IMP. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

## Un essai d'organisation économique de la lutte antituberculeuse.

## *L'office antituberculeux* JACQUES SIEGFRIED *et* ALBERT ROBIN *à l'hôpital Beaujon*,

par ALBERT ROBIN (*Deuxième exercice* 1906).

(*Suite.*)

### IV

### LA PRÉSERVATION ET L'ASSISTANCE

1°. — PRESCRIPTIONS HYGIÉNIQUES ET CRACHOIRS DE POCHE.

Les prescriptions hygiéniques sont faites par nos médecins, et leur exécution est surveillée par nos Dames assistantes.

Celles-ci ont encore pour rôle d'indiquer au malade les précautions qu'il doit prendre pour entretenir son logis et sa personne en état de propreté. Elles lui recommandent d'essuyer le parquet avec un linge humide au lieu de le balayer, de faire bouillir le lait et l'eau, de bien cuire les aliments, et remettent un crachoir de poche aux tousseurs, en leur indiquant la nécessité de ne pas cracher par terre et de ne pas avaler leurs crachats. Elles insistent sur les dangers du cabaret et de l'alcoolisme et prient les malades d'amener à leur prochaine visite les membres de leur famille, afin que le médecin les examine, les soigne s'ils sont atteints, et leur donne les conseils de préservation, s'ils sont indemnes.

C'est grâce aux concours dévoué et intelligent de nos Dames assistantes que nous avons pu placer 11 enfants à la campagne dans l'Œuvre de préservation du professeur

GRANCHER et diriger 86 enfants débiles dans les colonies de vacances.

Nos dames assistantes ont fait encore un grand nombre de visites au domicile des malades pour s'assurer de leurs besoins réels, des modes d'assistance qui leur sont les plus profitables, veiller à l'exécution des prescriptions d'hygiène, et établir un lien moral plus intime entre l'Office et ses assistés.

2°. — DÉSINFECTION ET RÉFECTION DES LOGEMENTS INSALUBRES.

En matière de *désinfection,* on se heurte toujours aux obstacles signalés dans le Rapport de 1905, à savoir que les malades demandent instamment à n'être pas signalés au service de désinfection, l'arrivée de l'équipe ayant trop souvent comme conséquence, non seulement de les faire expulser par leur propriétaire, mais encore de révéler leur tare tuberculeuse dans le quartier où ils ne trouveront plus à se loger. Aussi, malgré nos instances, il n'a été procédé qu'à 23 désinfections, au lieu de 20 en 1905.

En ce qui concerne la *réfection des logements insalubres*, M. JUILLERAT déclarait, dans son dernier rapport au Préfet de la Seine, que plus des sept huitièmes des indications fournies à son service émanaient de l'Office qui, dans le courant de l'année 1906, lui a donné 711 dossiers sur 791 reçus. Nous ne connaissons pas la suite donnée à toutes nos indications, les renseignements demandés ne nous étant pas encore parvenus, mais nous sommes certains que 2 réfections ont été faites en 1906 contre 16 en 1905.

3°. — SECOURS EN ARGENT POUR LE LOYER, L'ALLAITEMENT, LE PLACEMENT, ETC.

Ces secours se divisent en deux catégories, suivant leur origine. Ceux de la *première catégorie* ont été fournis par des

Œuvres avec lesquelles nous avons noué des relations, à des malades dont nous connaissions la situation précaire, et ils ont été obtenus grâce aux démarches de notre dévouée et active Vice-Présidente, Mme Girard-Mangin.

Voici leur détail :

| | | |
|---|---|---|
| Société l'Abri.................. | 693 fr. 25 | |
| Société des Visiteurs......... | 478 fr. | |
| Société de Charité maternelle. | 30 fr. | et trois secours de 5 fr. par mois pendant un an. |
| L'Œuvre Israélite............. | 25 fr. | par mois, comme secours d'allaitement. |
| Baronne James de Rothschild................. | 50 fr. | |
| Société amicale de Bienfaisance............... | 50 fr. | |
| Administration de l'assistance publique......... | 51 fr. 50 | plus 7 secours mensuels pour allaitement. |
| | 1 de 25 fr. | |
| | 2 de 5 fr. | |
| | 2 de 10 fr. | |
| | 1 de 30 fr. | |

Les secours de la *seconde catégorie* ont été fournis par les Dames assistantes et par les membres de l'Office. Ils se répartissent ainsi :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pour achat d'aliments... | | 112 fr. 50 | |
| Pour apprendre la sténographie à une jeune femme guérie dont la profession était trop fatigante............... | | 150 fr. | |
| 2 secours mensuels..... | de | 5 fr. | |
| 1 — — ..... | — | 10 fr. | |
| 1 — — ..... | — | 15 fr. | |
| 1 — — ..... | — | 20 fr. | |
| 1 — — ..... | — | 60 fr. | pendant 6 mois. |

Le total des sommes en argent ainsi données s'élève à 3.314 fr. 75. pour la partie écoulée de leur emploi.

4°. — ASSISTANCE EN NATURE (AMEUBLEMENT, LITERIE, ALIMENTATION, ETC.).

Cette assistance a été fournie aussi par les Sociétés de Bienfaisance qui ont contracté alliance avec l'Office. Elle se répartit de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Société des Visiteurs | Un mobilier complet, un lit garni, deux paires de chaussures, quatre paniers de provisions. |
| Société de Charité Maternelle | 3 layettes. |
| L'Œuvre israélite | 20 bons de viande par mois. |
| Baronne James de Rothschild | Fourniture de lait à 2 malades. |
| Dispensaire Simon-Lazard | Fourniture de lait à 2 malades. Un enfant placé au cours de gymnastique médicale. |
| Fondation Mamoz | 2 costumes d'enfants. |
| Les Dames assistantes | 2 matelas, 2 costumes d'enfants, 1 robe, 1 complet d'homme, 1 ceinture pour rein flottant, 2 paires bas élastiques avec cuissards. |

5°. — SERVICE DU VESTIAIRE.

Ce service, organisé par Mme DE BOJANO, a été inauguré le 1er janvier 1906. Pendant l'exercice, l'office a reçu 2.232 pièces de vêtements et 87 couvertures de lit. Je ne reviendrai pas sur l'organisation de ce service qui a fait l'objet d'une note détaillée dans le compte rendu de l'exercice 1905. Chacun de nos dix groupes a largement dépassé la quotité qui lui était demandée, et plusieurs dames bienfaisantes, parmi lesquelles Mme la duchesse d'ESTISSAC et Mme la baronne JAMES DE ROTHSCHILD, ont donné à elles seules la quotité

d'un groupe entier, ce qui explique le nombre élevé des objets reçus.

En voici le détail et la distribution :

| | Objets reçus | Objets sortis | En magasin au 1er janvier 1907 |
|---|---|---|---|
| Vêtements d'hommes... | 681 | 264 | 417 |
| — de femmes... | 650 | 172 | 478 |
| — d'enfants.. . | 704 | 113 | 591 |
| Couvertures............ | 87 | 39 | 48 |
| Mouchoirs de poche.... | 110 | 2 | 108 |
| | 2.232 | 590 | 1.642 |

La rentrée des objets d'habillement fournis par les groupes n'a eu lieu qu'en janvier 1907, à cause de l'encombrement de notre petit local. Cette rentrée a encore dépassé nos espérances et, malgré une distribution plus intensive, nous aurons à la fin de 1907 un reliquat bien plus important qu'à la fin de 1906. La marche de ce service est donc complètement assurée.

6°. — ASSISTANCE PAR LE TRAVAIL.

On sait la difficulté qu'éprouvent à se placer les tuberculeux, même guéris. Quand leur maladie est officiellement connue, et ne fussent-ils plus contagieux, personne n'en veut. A plus forte raison quand, en puissance de tuberculose, ils sont cependant capables d'occuper encore de menus emplois. Et ce sera là pendant longtemps, sinon toujours, le plus gros argument que l'on pourra justement opposer à tous ceux qui, sans souci de l'avenir du tuberculeux, réclament la déclaration obligatoire de la maladie.

Aussi, à la dernière Conférence de Vienne, en septembre 1907, et malgré les efforts des partisans de la déclaration obligatoire, celle-ci n'a pu réunir la majorité, et la

Conférence s'est bornée à émettre un de ces vœux platoniques qui n'engagent personne. La même chose était arrivée à l'Académie de médecine de Paris, dans la discussion soulevée par mon travail sur la Mortalité tuberculeuse comparée en France et en Allemagne.

Malgré toutes les difficultés que l'on éprouve à trouver des emplois pour les tuberculeux, même guéris, l'Office a pu réaliser dans ce service un notable progrès, puisqu'il a procuré une occupation à 19 de ses assistés.

Sur ces 19 placés, 6 l'ont été à la campagne et 3 ont été pourvus d'un emploi à domicile ; 3 autres furent placés dans une autre profession après apprentissage payé par les dames assistantes; un a été pourvu d'un emploi de concierge; les 6 derniers purent être replacés dans leur profession antérieure.

Il a été distribué, en outre, à divers malades, 124 bons de travail.

### 7°. — Rapatriement et séjours a la campagne.

L'Office n'a pû rapatrier que 4 de ses assistés dans leur pays d'origine. Car, il ne s'agit pas seulement de faire les frais du rapatriement, mais encore de s'assurer que le rapatrié pourra s'occuper ou recevoir les soins et le traitement dont il a besoin. Il est si rare que l'on puisse satisfaire à tout cela que le minime chiffre de nos rapatriements représente encore un effort considérable.

L'Office a été plus heureux pour les séjours à la campagne, puisqu'il a obtenu des permis de demi-place pour 23 de ses assistés. Le complément de place entière a été fait pour l'un de ces malades par nos Dames assistantes.

## V

### LE SYSTÈME DE L'ÉCHANGE RÉCIPROQUE. — CE QUE L'OFFICE A RENDU EN ÉCHANGE DE CE QUI LUI A ÉTÉ DONNÉ.

On se rappelle que l'une des particularités de l'Office antituberculeux est le *système de l'échange réciproque.*

Il demande à des institutions déjà existantes ce qu'elles peuvent lui donner et il leur rend, en échange, ce qu'il est capable de donner lui-même. C'est, en quelque sorte, un marché dans lequel chacune des parties contractantes demeure juge des limites dans lesquelles l'échange peut s'accomplir.

L'Office demande à l'*Administration de l'Assistance publique*, qui l'a pris sous son patronage et lui a généreusement prêté ses locaux et une partie de son personnel, de recevoir au sanatorium d'Angicourt et d'hospitaliser les tuberculeux qu'il lui signale ; mais, par contre, il s'occupe des sortants d'Angicourt et des tuberculeux jugés aptes à être suivis hors de l'hôpital. De même, il demande aux *Œuvres associées* de donner à certains nécessiteux une assistance relative en argent et en nature, pendant qu'il se charge des soins médicaux nécessaires aux tuberculeux que ces Œuvres lui signalent.

Dans l'exposé qui précède, j'ai énuméré ce que l'Office avait reçu, voici maintenant ce qu'il a rendu :

#### 1° — TUBERCULEUX SORTANT D'ANGICOURT.

Sur 1.183 malades inscrits à l'Office en 1906, 40 sortaient du Sanatorium d'Angicourt. Ajoutons à ces 40 malades, 35 restant au 1er janvier 1906 sur les 39 suivis par l'Office

en 1905, soit au total 75 tuberculeux. Que sont-ils devenus

75 *tuberculeux sortis d'Angicourt, suivis par l'Office en* 1906.

| | |
|---|---|
| Rentrés au Sanatorium d'Angicourt........ | 3 |
| En traitement à l'Office.................... | 23 |
| Vont bien et travaillent.................... | 28 |
| Alités chez eux.............................. | 2 |
| En traitement dans les hôpitaux............ | 2 |
| Placé à Versailles........................... | 1 |
| Habitant trop loin pour venir à l'Office...... | 1 |
| Partis sans adresse.......................... | 13 |
| Décédés....................................... | 2 |
| Total........... | 75 |

En outre, le sanatorium d'Angicourt a envoyé en 1906 à l'Office 9 malades en observation ; au 1er janvier 1906, 5 malades envoyés en 1905 restaient en observation, soit 14 malades en tout.

14 *malades mis en observation en* 1906.

| | |
|---|---|
| Eliminé non indigent........................ | 1 |
| — non tuberculeux....................... | 1 |
| En traitement à l'Office..................... | 3 |
| Parti au régiment............................ | 1 |
| Vont bien et travaillent.................... | 5 |
| Partis sans adresse.......................... | 2 |
| Décédé........................................ | 1 |
| | 14 |

2° — TUBERCULEUX SORTANT DES HÔPITAUX DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET SUIVIS PAR L'OFFICE.

En 1906, l'Office a inscrit 29 tuberculeux sortant du service de M. ALBERT ROBIN et 93 sortant de divers hôpitaux. Au 1er janvier 1906, restaient en traitement 11 tuberculeux de cette double provenance inscrits en 1905, soit, au total, 133 malades.

Voici quel a été leur sort :

133 *tuberculeux sortis des hôpitaux et suivis par l'Office.*

| | |
|---|---|
| Eliminés non tuberculeux | 4 |
| En traitement à l'Office | 36 |
| Rentrés dans les hôpitaux | 7 |
| Placés dans divers sanatoriums | 3 |
| — à Brévannes | 2 |
| En traitement à Angicourt | 2 |
| Alité chez lui | 1 |
| Partis en province | 7 |
| Rapatriés par l'Office | 2 |
| Partis sans adresse | 23 |
| Vont bien et travaillent | 24 |
| Décédés | 22 |
| Total | 133 |

3°. — TUBERCULEUX SORTANT DE DIVERS HÔPITAUX PRIVÉS, SANATORIUMS ET ASILES SUIVIS PAR L'OFFICE.

L'Office a inscrit 9 tuberculeux envoyés par divers établissements ou Œuvres privées, plus 1 restant de ceux inscrits en 1905, soit au total 10 malades.

10 *malades envoyés par divers Etablissements et Œuvres privées et suivis par l'Office.*

| | |
|---|---|
| Eliminé non tuberculeux | 1 |
| En traitement à l'Office | 4 |
| Alités chez eux | 2 |
| Vont bien et travaillent | 2 |
| Décédés | 1 |
| Total | 10 |

J'ajoute, pour compléter la liste des services rendus par l'Office aux Œuvres associées, que la grande affluence des malades venus en 1906 de tous les arrondissements de Paris, de la banlieue et des départements voisins, tient à ce

qu'un grand nombre de nos malades lui sont adressés par les Œuvres en question ou par les personnes qui en font partie.

## VI

### L'ASSAINISSEMENT PAR L'OFFICE

L'un des arguments de la campagne menée contre l'Office anti-tuberculeux de Beaujon était la crainte que l'arrivée dans le quartier d'un grand nombre de tuberculeux ne nuisît à la salubrité des alentours de l'hôpital, et même du VIII[e] arrondissement.

La Commission permanente de préservation contre la tuberculose, instituée au Ministère de l'Intérieur, a déjà fait justice de ces appréhensions. Nous pouvons apporter une nouvelle preuve de leur caractère chimérique et montrer que non seulement l'Office n'a pas augmenté le nombre des tuberculeux du quartier, mais même qu'il l'a notablement diminué.

En effet, en 1905, l'Office a inscrit 115 malades habitant le VIII[e] arrondissement, dont 29 non-tuberculeux et 86 tuberculeux. En 1906, le nombre des inscriptions n'a été que de 98, dont 19 non-tuberculeux, soit 79 tuberculeux, d'où une diminution de 8,8 p. 100, alors que le total des inscrits pour les autres arrondissements, en 1906, était à peu près le même qu'en 1905.

Ce n'est pas tout.

Nous avons pointé sur une carte du VIII[e] arrondissement les maisons habitées par les tuberculeux inscrits dans l'année.

En 1905, le quartier de Beaujon a fourni 61 tuberculeux, contre 27 pour le reste de l'arrondissement.

En 1906, il ne s'est présenté à l'Office que 33 tuberculeux pour le quartier de Beaujon, contre 46 pour le reste de l'arrondissement.

Ces chiffres sont pleinement significatifs, puisque non seulement le nombre des malades inscrits pour tout l'arrondissement a diminué, mais puisque encore les tuberculeux des alentours de l'hôpital Beaujon sont en baisse de près de moitié.

On pourrait objecter que les tuberculeux du quartier, inscrits en 1906, sont moins nombreux parce que le plus grand nombre des malades ont été inscrits déjà en 1905; mais la réponse à cette objection est facile, car en additionnant aux 33 nouveaux inscrits ceux de 1905 qui étaient encore en traitement, soit 20, on n'arrive encore qu'à 53, soit toujours 11 p. 100 de moins qu'en 1905. L'assainisssment du quartier de Beaujon par l'Office ne saurait donc être mis en doute. Les foyers de tuberculose qui existaient jadis autour de l'hôpital Beaujon se sont atténués ou ont disparu, grâce à l'éducation faite par l'Office, aux rapatriements, aux placements et au traitement des individus atteints.

Ainsi tombe à néant la plus grave des critiques que l'on nous avait adressée.

(*A suivre.*)

# REVUE SPÉCIALE

par le Dr CHARLES AMAT.

---

**Les maladies qu'on soigne à Berck.**
**La pratique du Dr Calot.**

(*Suite et fin.*)

## VIII

PARALYSIE INFANTILE. — PIEDS PLATS : TARSALGIE. — GENU VALGUM. — PIEDS-BOTS. — TORTICOLIS. — MALADIE DE LITTLE. — GOITRE.

Les enfants atteints de *paralysie infantile* abondent à Berck. Il y a deux espèces de paralysie : 1° celle du mal de Pott, qui guérit par le traitement déjà exposé; 2° celle qui survient à la suite de convulsions, chez des enfants d'un, deux ou trois ans, très bien portants jusqu'alors. C'est d'elle qu'il va être tout particulièrement question.

Voici comment se passent les choses. Une nuit, l'enfant est pris de fièvre, de convulsions et le lendemain, il se trouve paralysé souvent des quatre membres. Mais la paralysie disparaît peu à peu de presque tous les muscles pour se cantonner généralement sur les membres inférieurs, créant de multiples infirmités, ici des pieds-bots paralytiques, là des culs-de-jatte.

Eh bien, ces pauvres infirmes, on peut aujourd'hui les faire marcher, et voici comment procède M. Calot. Il est de règle que, parmi les muscles de la jambe ou de la cuisse, il en est toujours quelques-uns qui ne sont pas atteints par la paralysie et qui conservent leur action. On se sert alors de ces muscles pour suppléer ceux qui ont perdu leur fonction.

On prélève, suivant les besoins, une partie plus ou moins considérable d'un muscle sain et on la greffe sur un muscle

paralysé. Désormais, quand le muscle sain se contractera, il entraînera avec lui le muscle paralysé et le membre aura ainsi retrouvé un mouvement qu'il lui était impossible de faire avant l'opération.

Bien entendu, on a soin d'équilibrer les forces anciennes et les forces nouvelles de manière que la marche soit possible. Aussi, quelques mois après l'opération, ces enfants qui se traînaient péniblement à quatre pattes, ou ne pouvaient remuer volontairement leur pied, se meuvent et avancent sans aucun secours étranger.

Mais, dans quelques cas, il ne reste pas de muscles sains et quand on pose l'enfant sur le sol, les genoux se dérobent sous lui, les pieds ne peuvent le soutenir. Eh bien, ceux-là aussi peuvent à Berck retrouver la possibilité de marcher. Soit que M. Calot fasse une petite intervention sur l'articulation du genou ou du pied, qui enraidie peut supporter sans plier la pesée du corps, soit à l'aide d'appareils légers en celluloïd qui donnent au membre la rigidité suffisante pour remplir ses fonctions.

En un mot, il transforme ce membre, non seulement inutile, mais encore gênant, en un véritable pilon vivant, en une jambe droite, solide, presque normale, simplement un peu raide.

Qui n'a pas vu des jeunes gens de quinze à dix-huit ans (et même quelquefois des adultes) se plaindre de douleurs dans les pieds, sans véritable maladie ? Ils ne peuvent se tenir debout ou marcher un peu longtemps sans éprouver une sensation pénible ; les pieds enflent, deviennent d'une sensibilité extrême et il n'est pas rare de voir cette gène de la marche aboutir à une impotence complète.

Or, si on fait marcher ces patients pieds nus, on voit que tout le bord interne du pied appuie sur le sol, tandis que normalement il ne repose que sur ses deux extrémités.

# REVUE SPÉCIALE

par le Dr Charles Amat.

---

**Les maladies qu'on soigne à Berck.**
**La pratique du Dr Calot.**

(*Suite et fin.*)

## VIII

Paralysie infantile. — Pieds plats : tarsalgie. — Genu valgum. — Pieds-bots. — Torticolis. — Maladie de Little. — Goitre.

Les enfants atteints de *paralysie infantile* abondent à Berck. Il y a deux espèces de paralysie : 1° celle du mal de Pott, qui guérit par le traitement déjà exposé; 2° celle qui survient à la suite de convulsions, chez des enfants d'un, deux ou trois ans, très bien portants jusqu'alors. C'est d'elle qu'il va être tout particulièrement question.

Voici comment se passent les choses. Une nuit, l'enfant est pris de fièvre, de convulsions et le lendemain, il se trouve paralysé souvent des quatre membres. Mais la paralysie disparaît peu à peu de presque tous les muscles pour se cantonner généralement sur les membres inférieurs, créant de multiples infirmités, ici des pieds-bots paralytiques, là des culs-de-jatte.

Eh bien, ces pauvres infirmes, on peut aujourd'hui les faire marcher, et voici comment procède M. Calot. Il est de règle que, parmi les muscles de la jambe ou de la cuisse, il en est toujours quelques-uns qui ne sont pas atteints par la paralysie et qui conservent leur action. On se sert alors de ces muscles pour suppléer ceux qui ont perdu leur fonction.

On prélève, suivant les besoins, une partie plus ou moins considérable d'un muscle sain et on la greffe sur un muscle

paralysé. Désormais, quand le muscle sain se contractera, il entraînera avec lui le muscle paralysé et le membre aura ainsi retrouvé un mouvement qu'il lui était impossible de faire avant l'opération.

Bien entendu, on a soin d'équilibrer les forces anciennes et les forces nouvelles de manière que la marche soit possible. Aussi, quelques mois après l'opération, ces enfants qui se traînaient péniblement à quatre pattes, ou ne pouvaient remuer volontairement leur pied, se meuvent et avancent sans aucun secours étranger.

Mais, dans quelques cas, il ne reste pas de muscles sains et quand on pose l'enfant sur le sol, les genoux se dérobent sous lui, les pieds ne peuvent le soutenir. Eh bien, ceux-là aussi peuvent à Berck retrouver la possibilité de marcher. Soit que M. Calot fasse une petite intervention sur l'articulation du genou ou du pied, qui enraidie peut supporter sans plier la pesée du corps, soit à l'aide d'appareils légers en celluloïd qui donnent au membre la rigidité suffisante pour remplir ses fonctions.

En un mot, il transforme ce membre, non seulement inutile, mais encore gênant, en un véritable pilon vivant, en une jambe droite, solide, presque normale, simplement un peu raide.

Qui n'a pas vu des jeunes gens de quinze à dix-huit ans (et même quelquefois des adultes) se plaindre de douleurs dans les pieds, sans véritable maladie? Ils ne peuvent se tenir debout ou marcher un peu longtemps sans éprouver une sensation pénible; les pieds enflent, deviennent d'une sensibilité extrême et il n'est pas rare de voir cette gêne de la marche aboutir à une impotence complète.

Or, si on fait marcher ces patients pieds nus, on voit que tout le bord interne du pied appuie sur le sol, tandis que normalement il ne repose que sur ses deux extrémités.

C'est pour cela que cette maladie s'appelle le *pied plat douloureux*, et c'est l'affaissement, l'écrasement de la voûte du pied, sous l'influence de la pesée, du corps pendant la marche ou la station debout, qui amènent un tiraillement, une véritable dislocation des ligaments des petites jointures du pied, cause de ces douleurs atroces, pouvant aller jusqu'à clouer le malade surplace dans la rue, *sans qu'il lui soit possible d'avancer d'un pas.*

Pour guérir cette infirmité, on a proposé de nombreuses opérations chirurgicales, qui ont toutes pour but d'enlever une portion plus ou moins considérable du squelette du pied et de refaire ainsi une voûte à ce pied effondré. Comme tout le monde, M. Calot a fait autrefois ces opérations sanglantes ; mais depuis dix ans, il les a abandonnées, parce qu'avec un traitement très doux, il a constaté qu'on peut obtenir des résultats encore meilleurs.

Il brasse, malaxe et façonne doucement ce pied, de manière à lui rendre sa cambrure et sa voûte. Après quoi, il le maintient dans cette forme, en bonne attitude, avec une bottine plâtrée. Dès le second jour, le sujet peut marcher sans douleur. Un peu plus tard, il portera une chaussure avec semelle un peu spéciale, mais nullement visible à l'extérieur, si bien que personne ne peut se douter que ce jeune homme suit un traitement. Avec ce soutien, il pourra marcher pendant des heures sans éprouver jamais la moindre fatigue.

Et ainsi maintenu en bonne forme, le pied se façonne, se modèle, se consolide peu à peu, si bien qu'il arrive un moment — après quelques semaines ou quelques mois — où le pied a recouvré une bonne forme, qui désormais se conservera d'elle-même et restera définitive. Le malade est guéri. Ces malades venus impotents s'en retournent entière-

ment délivrés de leur mal, par ce traitement d'une efficacité qui n'a d'égale que sa simplicité.

On voit souvent des enfants de deux à cinq ans, qui ont été nourris au biberon ou par une mauvaise nourrice, avoir les genoux en dedans, cagneux, être atteints autrement dit, de *genu valgum*. Mais on observe aussi cette infirmité de douze à dix-huit ans, chez les adolescents qui se fatiguent et ont grandi trop vite.

Comme toujours, on a proposé, pour la guérir, des opérations chirurgicales, consistant soit à fracturer le fémur, soit même à enlever un coin de cet os, après quoi, on reporte la jambe et le pied en dedans, sur l'axe de la cuisse.

A Berck, les choses se font d'une manière plus simple et plus bénigne.

Le traitement s'appuie sur cette loi de développement des os d'après laquelle une portion d'os comprimée est arrêtée dans son développement, tandis que, au contraire, les parties du squelette décomprimées se développent d'une manière beaucoup plus rapide que l'état normal.

C'est en se basant sur ces observations que M. Calot a établi les principes d'un traitement plus physiologique que l'opération sanglante et qui lui donne des résultats surprenants.

On redresse ces genoux par des « manipulations », c'est-à-dire des massages d'une durée de cinq à dix minutes. On maintient la correction dans une genouillère plâtrée. Ainsi se continue dans l'appareil une pression sur la partie interne du genou, qui est saillante, en même temps qu'une décompression sur la partie externe qui était trop courte. Le redressement complet ne se fait pas toujours en une seule fois, parfois pour éviter toute fatigue au malade, dans certains cas très marqués, on fait cette correction en deux

fois. Mais c'est toujours sans douleur, sans bistouri, sans interrompre la marche, qu'on parvient à corriger les genoux cagneux.

Il arrive souvent qu'à la naissance les pieds d'un enfant ne soient pas conformés d'une manière normale. Quand on pose le bébé sur le sol il n'appuie pas sur la plante du pied, mais bien sur le bord interne ou sur la pointe. D'autres fois, c'est à la suite d'une affection de la hanche ou du genou que le pied se place dans cette attitude vicieuse.

Quelle que soit l'origine de ce *pied-bot*, le traitement en est toujours le même, à Berck. Pas d'opération sanglante, comme jadis, quand on désossait à moitié ces pieds, mais se basant toujours sur cette grande loi d'adaptation du système osseux aux pressions qu'il supporte, on fait le modelage à la main du pied déformé et on maintient dans un petit appareil la correction obtenue. Le malade peut marcher dès le lendemain. Après quelques mois, le pied laissé libre reste dans la bonne attitude qu'on lui a donnée.

Les résultats sont ainsi bien meilleurs, car le malade a conservé pour appuyer le poids de son corps tous les os que lui a fournis la nature, et la correction est pour le moins aussi parfaite et aussi durable que celle donnée par les procédés chirurgicaux les plus audacieux.

Par cette méthode non sanglante peuvent être guéris tous les pieds bots, non seulement ceux du nouveau-né, mais aussi ceux de l'adolescent et même ceux de l'adulte.

Cependant il ne faut jamais oublier que pour le pied-bot, comme pour la boiterie de naissance ou le torticolis, ou même toutes les autres déviations, plus on intervient tôt mieux cela vaut. Traitement précoce veut dire traitement facile et guérison intégrale. Les parents devraient faire traiter tous les enfants atteints de pied-bot dès les premiers

mois qui suivent la naissance. Car reculer le traitement c'est multiplier la difficulté, de gaieté de cœur, sans excuse.

Le *torticolis* est cette difformité de naissance qui consiste à porter la tête penchée sur un côté, avec le menton de travers. L'histoire rapporte qu'Alexandre le Grand avait un torticolis. Cette inclinaison latérale de la tête est parfois voulue. On se rappelle comment Rabelais stigmatise cette manie, commune aux « petits maîtres » de son temps, en les appelant « cagots, cafards et torticolis ».

On a naturellement essayé de corriger cette malformation et, pour cela, on a imaginé de nombreux appareils et des opérations plus ou moins considérables. C'est-à-dire qu'on condamnait les malades, qui voulaient guérir, à subir pendant de longs mois le port de véritables carcans ou à garder le long du cou une cicatrice.

A Berck, M. Calot procède d'une manière plus douce : presque toujours sans aucune opération et au pis dans les cas les plus graves, avec une simple piqûre qui ne laisse aucune trace, il manipule, brasse et redresse des cous. Après quoi, il maintient la correction simplement avec quelques bandes molles, qu'on laisse en place quinze jours à trois semaines.

Ces simples moyens réussissent, même dans les cas les plus anciens et les plus rebelles. On pourrait citer, entre autres cas, celui d'une jeune femme de vingt-quatre ans, qui depuis la naissance avait la tête de travers, ce qui avait fini par entraîner une déviation de la colonne vertébrale et qu'un traitement de quinze jours suffit à guérir. Or, pas une seule minute, cette malade ne fut obligée d'interrompre son train de vie habituel.

On sait que la *maladie de Little* est caractérisée par une raideur et des crampes de tous les membres, mais surtout

des jambes, qui sont contractées et raides comme des planches, avec, en plus, un retard et des troubles de l'intelligence qui vont de la simple paresse cérébrale à l'idiotie presque complète.

Ces enfants ne peuvent ni marcher, ni même se tenir debout, leurs pieds ne posant que par la pointe et des crampes involontaires les faisant tomber dès qu'on ne les soutient plus. Leur regard est oblique ou louche, l'expression du visage éteinte et leur parole saccadée et difficile ; ils semblent ne devoir jamais être des hommes. A Berck on arrive à les faire marcher d'une façon convenable. Le traitement employé dans ce but est double et comprend un côté orthopédique dont s'occupe surtout M. Calot et un côté moral et psychique dont le soin est laissé aux parents, sous la surveillance du médecin bien entendu.

Pour le côté orthopédique, on redresse doucement les déviations existantes des pieds, des genoux, des hanches ; on intervient sur les muscles pour les raccourcir par quelques points de suture « en fronces », ou bien pour les allonger, de la manière suivante : par une légère piqûre faite à la peau on s'en va avec une aiguille diviser la moitié d'un tendon ; ensuite, quand on tend le muscle, ce tendon semble se dédoubler et peut ainsi s'allonger de plusieurs centimètres ; il est d'autres cas où on fait des greffes comme pour la paralysie infantile, et on arrive ainsi à équilibrer les groupes musculaires antagonistes extenseurs et fléchisseurs.

L'outil est redevenu bon. Il ne reste plus qu'à apprendre aux enfants à s'en servir, ce qui représente un deuxième temps appelé *l'éducation de la marche*, consistant en des exercices orthopédiques, massages, entraînement, apprentissage des divers mouvements à faire, rien n'est négligé.

Bientôt le malade arrive à se tenir seul sur ses pieds, et peu après, il commence à faire ses premiers pas sans aucun appui.

Mais l'on n'obtient de pareils résultats que si de leur côté les parents se sont occupés de leur enfant du matin au soir pendant plusieurs mois. Ils doivent lui apprendre à faire avec les lèvres, avec la langue, avec les membres des mouvements très simples au début, puis de plus en plus compliqués. Par exemple : d'abord lever le pied, puis le lever juste à une hauteur déterminée et l'y maintenir, enfin faire décrire à la jambe un cercle autour d'un bâton...

Il faut pour réussir une patience que rien ne rebute et ne lasse, mais les guérisons que donne ce traitement combiné récompensent largement le médecin et les parents du mal qu'ils se sont donné.

Plus l'effort a été considérable, plus le résultat sera beau. Parfois la transformation de l'enfant est absolue et il devient impossible de reconnaître au départ de Berck, dans cet enfant normal, le petit être difforme, si terriblement amoindri que l'on avait vu à son arrivée.

Enfin il n'est pas jusqu'au *goître* lui-même qui ne soit justiciable des procédés thérapeutiques employés par M. Calot.

Depuis longtemps on a songé pour guérir cette affection à enlever la glande thyroïde ainsi hypertrophiée, mais cette opération est sérieuse et arrête bien des malades. M. Calot a trouvé mieux. Il traite ces tumeurs comme les glandes du cou et les guérit de même, sans opération, ce qui est certes un grand progrès, très apprécié de tous les intéressés. Aussi, lorsque M. Calot laisse à ces malades le choix entre l'extirpation sanglante de la glande (car M. Calot n'oublie pas qu'il est chirurgien) et le ramollissement de cette glande thyroïde, ramollissement suivi de ponctions exactement comme

révulsion, mais à activer simplement la vitalité des tissus sous-jacents et la circulation pleurale.

Si l'ignipuncture est impossible, la remplacer par des badigeonnages très superficiels avec de la *teinture d'iode* et répétés tous les cinq jours seulement au même point, de façon à ne pas irriter la peau.

*Nota.* — L'indication dominante est fournie par le fait même de l'épanchement qu'il faut faire résorber ou évacuer par la thoracentèse. Celle-ci convient quand l'épanchemeut est énorme, que le cœur est refoulé, que la dyspnée est angoissante, que l'état général est trop déprimé pour faire les frais d'une résorption. Il faut la pratiquer encore, sans qu'intervienne la notion du volume de l'épanchement, quand aux 3e et 4e septénaires celui-ci reste stationnaire en dépit du traitement actif.

On ponctionne généralement dans le 6e espace intercostal, mais quand l'épanchement est considérable, il vaut mieux choisir le 7e et même le 8e espace et faire la ponction, non sur la ligne axillaire, mais plus en arrière, sur le prolongement de l'angle de l'omoplate. Se servir d'une aiguille fine; aspirer lentement et avec des interruptions tout le liquide si le malade est résistant. S'arrêter s'il survient une toux quinteuse, de la dyspnée, des intermittences de pouls et des menaces de syncope.

Mais la thoracentèse ne résume pas le traitement de la pleurésie, même quand son indication est absolue, il faut lui adjoindre tout un traitement complet qui est applicable encore dans les cas où l'abondance de l'épanchement n'en nécessite pas la ponction, puisque il a pour but de favoriser la résorption de la collection liquide et de modérer l'inflammation de la plèvre et par suite de résoudre l'exsudation.

11° Passer un ou deux mois de convalescence à la campagne où l'on fera :

*a*) Une cure d'air, de repos et d'alimentation raisonnée, à laquelle on adjoindra 100 grammes de *viande crue* par jour;

*b*) Des exercices de gymnastique respiratoire : le sujet couché sur le côté, faire par le nez huit à dix grandes inspirations qui

Après six à sept heures d'application, enlever le vésicatoire et recouvrir la place qu'il occupait avec un cataplasme de farine de riz pas trop chaud.

Deux à quatre vésicatoires au plus suffisent pour traiter une pleurésie. Il est bon d'en réserver un pour la période terminale quand l'épanchement est lent à se résorber.

6° Contre la douleur du point de côté : injection hypodermique d'un demi-centigramme à 1 centigramme de *chlorhydrate de morphine*.

7° Contre la fièvre trop élevée ou persistant trop longtemps, donner un cachet de *pyramidon* de 0 gr. 30 et dix minutes plus tard un cachet de *bichlorhydrate de quinine* de 0 gr. 40 à 0 gr. 60, suivant l'intensité de la fièvre ;

8° Contre l'*oligurie* : faire prendre, deux fois par jour, une tasse d'infusion de 2 grammes de *fleurs de fève de marais* ou des *feuilles de mûrier* ou encore de *stigmates de maïs;*

Et donner toutes les heures une grande cuillerée de :

| | | |
|---|---|---|
| Acétate de potasse | } ââ | 2 gr. |
| Nitrate de potasse | | |
| Oxymel scilitique | | 30 » |
| Infusion de fleurs de genêt | | 120 » |

*F. s, a.* une potion.

9° Dès qu'il se produit une diminution sensible de l'épanchement supprimer le salicylate de soude et autoriser la reprise de l'alimentation.

10° Pour hâter la résorption des résidus pseudo-membraneux :

*a*) Prendre cinq minutes avant le premier déjeuner et le dîner une cuillerée à soupe de :

| | |
|---|---|
| Arséniate de soude | 0 gr. 05 |
| Iodure de potassium | 5 » |
| Eau distillée | 300 » |

Dissolvez.

*b*) Faire au point voulu des applications de pointes de feu extrêmement fines, serrées et superficielles, destinées non à la

révulsion, mais à activer simplement la vitalité des tissus sous-jacents et la circulation pleurale.

Si l'ignipuncture est impossible, la remplacer par des badigeonnages très superficiels avec de la *teinture d'iode* et répétés tous les cinq jours seulement au même point, de façon à ne pas irriter la peau.

*Nota.* — L'indication dominante est fournie par le fait même de l'épanchement qu'il faut faire résorber ou évacuer par la thoracentèse. Celle-ci convient quand l'épanchemeut est énorme, que le cœur est refoulé, que la dyspnée est angoissante, que l'état général est trop déprimé pour faire les frais d'une résorption. Il faut la pratiquer encore, sans qu'intervienne la notion du volume de l'épanchement, quand aux 3e et 4e septénaires celui-ci reste stationnaire en dépit du traitement actif.

On ponctionne généralement dans le 6e espace intercostal, mais quand l'épanchement est considérable, il vaut mieux choisir le 7e et même le 8e espace et faire la ponction, non sur la ligne axillaire, mais plus en arrière, sur le prolongement de l'angle de l'omoplate. Se servir d'une aiguille fine; aspirer lentement et avec des interruptions tout le liquide si le malade est résistant. S'arrêter s'il survient une toux quinteuse, de la dyspnée, des intermittences de pouls et des menaces de syncope.

Mais la thoracentèse ne résume pas le traitement de la pleurésie, même quand son indication est absolue, il faut lui adjoindre tout un traitement complet qui est applicable encore dans les cas où l'abondance de l'épanchement n'en nécessite pas la ponction, puisque il a pour but de favoriser la résorption de la collection liquide et de modérer l'inflammation de la plèvre et par suite de résoudre l'exsudation.

11° Passer un ou deux mois de convalescence à la campagne où l'on fera :

*a)* Une cure d'air, de repos et d'alimentation raisonnée, à laquelle on adjoindra 100 grammes de *viande crue* par jour;

*b)* Des exercices de gymnastique respiratoire : le sujet couché sur le côté, faire par le nez huit à dix grandes inspirations qui

le forcent à mettre en jeu, d'une manière intensive, les muscles inspirateurs du côté malade. Ensuite, on applique une main à la partie supérieure de l'aisselle et l'autre main sur les dernières côtes, de manière à exercer une pression légère d'abord, puis plus forte, que le malade doit vaincre pour respirer. Il faut procéder avec beaucoup de douceur et de prudence en augmentant très graduellement la pression. On termine par un massage doux des muscles inspirateurs, destinés à réveiller leur vitalité et leur nutrition.

12° Faire après la convalescence une cure d'altitude d'un à deux mois qui suffit, si l'on ne perçoit aucun reliquat de pleurésie.

S'il persiste des frottements, de la respiration amoindrie, de la toux, faire une *cure hydrominérale* dans une station sulfureuse comme *Allevard* ou *Cauterets* pendant l'été et *Amélie-les-Bains* pendant l'hiver. En cas de toux sèche, à tendance quinteuse, préférer le Mont-Dore.

CH. A.

## BIBLIOGRAPHIE

*Précis de matière médicale*, par H. Causse, professeur agrégé de la Faculté de Lyon, revisé et complété par B. Moreau, professeur agrégé à la même Faculté. Un vol. in-18 de 760 pages, avec 150 figures, de la collection Testut. O. Doin, éditeur. Prix, cartonné, 9 fr.

L'auteur de ce précis mourait malheureusement, en pleine jeunesse, au moment où il terminait son livre. Naturellement, ce malheur retarda l'impression, aussi l'éditeur confia-t-il à M. Moreau, successeur de M. Causse, le soin de remettre l'ouvrage au courant. De cette manière, le précis de matière médicale représente un manuel très complet et très moderne qui permet à l'étudiant de préparer son quatrième examen dans les meilleures conditions.

*Les maladies du cœur et leur traitement*, par H. Huchard, de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker, 1908, 1 vol. petit in-8° de 228 pages : J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Prix : 6 fr.

L'an dernier, Huchard professa à l'hôpital Necker une serie de six leçons sur les maladies du cœur, qui eut le plus brillant succès. La publi-

cation en fut rapidement épuisée. Cette année le maître de Necker a repris le sujet, en ajoutant la thérapeutique et le succès ne fut pas moins grand. C'est cette nouvelle série, en neuf leçons que représente le nouveau volume. On y retrouvera les qualités magistrales de clarté et d'autorité qui ont fait le succès de M. Huchard. Rien de plus remarquable que la manière lucide et simple qui caractérise les conceptions du professeur, auquel on doit une véritable révolution dans la cardiopathie, car il a réussi à éclaircir complètement la pathologie cardiaque qui, jusqu'à lui, resta une chose compliquée et obscure. Ses conceptions ont surtout une supériorité incontestable en ce qu'elles tendent toujours à préparer le rôle de la thérapeutique et, à ce point de vue si important, il est admis par tous qu'Huchard a innové de la manière la plus heureuse.

*Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire,* par le Dr Sigaud de Lyon. Tome II. Un vol. gr. in-8° de 320 pages. O. Doin, éditeur. Prix : 8 fr.

M. Sigaud est un esprit éminemment original et ses procédés d'exploration sont célèbres, car il a apporté de tels perfectionnements à l'examen clinique de la région abdominale que ce n'est pas trop dire qu'il a créé à lui seul une véritable école. Nombreux sont à Paris les médecins qui ont accepté et qui utilisent chaque jour les méthodes de Sigaud.

Son ouvrage sur la digestion a pour point de départ les données nouvelles fournies par l'auteur, c'est dire qu'il s'agit là d'une œuvre de maître et non point d'une compilation mille fois éditée, comme il arrive si souvent aujourd'hui. Nous engageons tous les médecins à lire le livre de Sigaud, ils y puiseront des notions précieuses, très précieuses, qu'ils pourront ensuite appliquer très avantageusement dans la thérapeutique des maladies gastriques. Il ne faut pas oublier que, par un hasard au moins étrange, les maladies de l'estomac sont celles qu'on connait le moins, quoi qu'elles représentent 90 p. 100 des affections chroniques. Aussi la lecture du traité clinique de la digestion ne peut-elle que documenter utilement le médecin, tout en l'intéressant beaucoup, par la manière originale et très séduisante dont les faits sont exposés.

*Les tumeurs du sein,* par V. Cornil, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, 1 vol. grand in-8° avec 159 gravures dans le texte. Félix Alcan, éditeur. Prix : 12 francs

Cette œuvre est la dernière à laquelle le célèbre histologiste ait consacré ses soins.

Les nombreuses tumeurs provenant soit de la femme, soit des animaux dont la pathologie est assez curieusement voisine de celle de la femme, toutes analysées par lui-même avec le plus grand soin, se présentent comme autant d'observations nouvelles et constituent dans cet ouvrage une quantité de documents que les pathologistes et les chirurgiens consul-

teront avec fruit. En effet, si ces tumeurs sont extrêmement communes et variées, rien n'est plus délicat, en même temps qu'important, que de savoir en préciser le diagnostic. La tâche n'est pas toujours facile pour ceux qui ne sont pas étroitement familiarisés avec l'anatomie pathologique. Aussi le professeur Cornil aura-t-il rendu un grand service en rédigeant ce livre sobrement conçu et inspiré par les nécessités de la pratique.

*Psychologie des neurasthéniques*, par le Dr Paul Hartenberg. 1 volume in-16. Félix Alcan, éditeur. Prix, 3 fr. 50.

Malgré le nombre considérable de travaux parus sur la neurasthénie, M. Hartenberg a su, dans ce dernier livre, faire œuvre originale et neuve. Délaissant à dessein la description clinique bien connue de la névrose, il s'applique tout spécialement à l'analyse de l'état mental des malades, à l'étude du mécanisme et de la genèse de leurs troubles psychiques : ainsi naissent des pages pleines de considérations inédites, de citations littéraires, de confessions personnelles, attrayantes et faciles à lire comme un roman, malgré leur vérité scientifique, où l'auteur a mis à la fois sa pénétration de psychologue et son talent d'écrivain. Nul doute que les lecteurs arrivés à leur terme ne reconnaîtront que M. Hartenberg est parvenu au but qu'il se proposait au début : « présenter une description de la mentalité neurasthénique assez exacte et assez nette pour que les malades s'y puissent reconnaître comme dans un miroir ».

Tout médecin appelé à soigner chaque jour cette catégorie si fréquente de malades doit connaître et posséder ce livre, qui lui fera comprendre et déchiffrer le problème si souvent obscur de psychologie des neurasthéniques.

---

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Thérapeutique médicale.

**Contribution à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique de l'emphysème pulmonaire alvéolaire.** — Dans l'emphysème, il y a deux symptômes qui apparaissent au premier plan de la symptomatologie clinique : l'accroissement du volume du poumon et la forme globuleuse du thorax. D'après les idées régnantes, les altérations thoraciques seraient secondaires ou représenteraient des phénomènes concomitants, tandis que, d'après la théorie de

cation en fut rapidement épuisée. Cette année le maître de Necker a repris le sujet, en ajoutant la thérapeutique et le succès ne fut pas moins grand. C'est cette nouvelle série, en neuf leçons que représente le nouveau volume. On y retrouvera les qualités magistrales de clarté et d'autorité qui ont fait le succès de M. Huchard. Rien de plus remarquable que la manière lucide et simple qui caractérise les conceptions du professeur, auquel on doit une véritable révolution dans la cardiopathie, car il a réussi à éclaircir complètement la pathologie cardiaque qui, jusqu'à lui, resta une chose compliquée et obscure. Ses conceptions ont surtout une supériorité incontestable en ce qu'elles tendent toujours à préparer le rôle de la thérapeutique et, à ce point de vue si important, il est admis partous qu'Huchard a innové de la manière la plus heureuse.

*Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire,* par le Dr Sigaud de Lyon. Tome II. Un vol. gr. in-8° de 320 pages. O. Doin, éditeur. Prix : 8 fr.

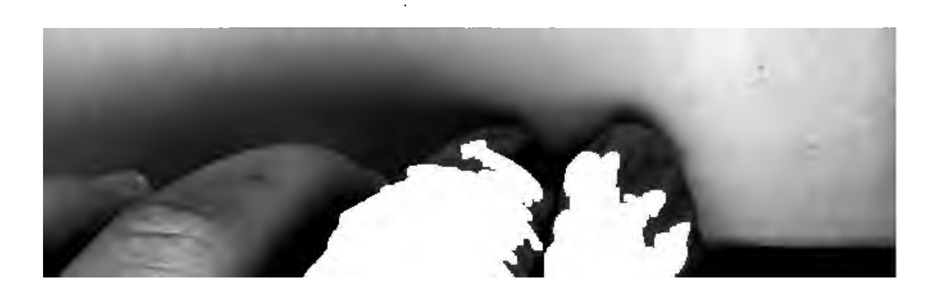
M. Sigaud est un esprit éminemment original et ses procédés d'exploration sont célèbres, car il a apporté de tels perfectionnements à l'examen clinique de la région abdominale que ce n'est pas trop dire qu'il a créé à lui seul une véritable école. Nombreux sont à Paris les médecins qui ont accepté et qui utilisent chaque jour les méthodes de Sigaud.

Son ouvrage sur la digestion a pour point de départ les données nouvelles fournies par l'auteur, c'est dire qu'il s'agit là d'une œuvre de maître et non point d'une compilation mille fois éditée, comme il arrive si souvent aujourd'hui. Nous engageons tous les médecins à lire le livre de Sigaud, ils y puiseront des notions précieuses, très précieuses, qu'ils pourront ensuite appliquer très avantageusement dans la thérapeutique des maladies gastriques. Il ne faut pas oublier que, par un hasard au moins étrange, les maladies de l'estomac sont celles qu'on connait le moins, quoi qu'elles représentent 90 p. 100 des affections chroniques. Aussi la lecture du traité clinique de la digestion ne peut-elle que documenter utilement le médecin, tout en l'intéressant beaucoup, par la manière originale et très séduisante dont les faits sont exposés.

*Les tumeurs du sein*, par V. Cornil, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, 1 vol. grand in-8° avec 159 gravures dans le texte. Félix Alcan, éditeur. Prix : 12 francs

Cette œuvre est la dernière à laquelle le célèbre histologiste ait consacré ses soins.

Les nombreuses tumeurs provenant soit de la femme, soit des animaux dont la pathologie est assez curieusement voisine de celle de la femme, toutes analysées par lui-même avec le plus grand soin, se présentent comme autant d'observations nouvelles et constituent dans cet ouvrage une quantité de documents que les pathologistes et les chirurgiens consul-



teront avec fruit. En effet, si ces tumeurs sont extrêmement communes et variées, rien n'est plus délicat, en même temps qu'important, que de savoir en préciser le diagnostic. La tâche n'est pas toujours facile pour ceux qui ne sont pas étroitement familiarisés avec l'anatomie pathologique. Aussi le professeur Cornil aura-t-il rendu un grand service en rédigeant ce livre sobrement conçu et inspiré par les nécessités de la pratique.

*Psychologie des neurasthéniques*, par le Dr PAUL HARTENBERG. 1 volume in-16. Félix Alcan, éditeur. Prix, 3 fr. 50.

Malgré le nombre considérable de travaux parus sur la neurasthénie, M. Hartenberg a su, dans ce dernier livre, faire œuvre originale et neuve. Délaissant à dessein la description clinique bien connue de la névrose, il s'applique tout spécialement à l'analyse de l'état mental des malades, à l'étude du mécanisme et de la genèse de leurs troubles psychiques : ainsi naissent des pages pleines de considérations inédites, de citations littéraires, de confessions personnelles, attrayantes et faciles à lire comme un roman, malgré leur vérité scientifique, où l'auteur a mis à la fois sa pénétration de psychologue et son talent d'écrivain. Nul doute que les lecteurs arrivés à leur terme ne reconnaîtront que M. Hartenberg est parvenu au but qu'il se proposait au début : « présenter une description de la mentalité neurasthénique assez exacte et assez nette pour que les malades s'y puissent reconnaître comme dans un miroir ».

Tout médecin appelé à soigner chaque jour cette catégorie si fréquente de malades doit connaître et posséder ce livre, qui lui fera comprendre et déchiffrer le problème si souvent obscur de psychologie des neurasthéniques.

---

## REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

### Thérapeutique médicale.

**Contribution à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique de l'emphysème pulmonaire alvéolaire.** — Dans l'emphysème, il y a deux symptômes qui apparaissent au premier plan de la symptomatologie clinique : l'accroissement du volume du poumon et la forme globuleuse du thorax. D'après les idées régnantes, les altérations thoraciques seraient secondaires ou représenteraient des phénomènes concomitants, tandis que, d'après la théorie de

Freund, la plus grande importance est à attribuer aux altérations du thorax. Des anomalies congénitales ou acquises des cartilages costaux sont souvent la cause d'une architecture anormale de l'ouverture supérieure de la poitrine et sont de la plus haute importance pour l'éclosion des maladies les plus fréquentes de l'appareil respiratoire, la tuberculose et l'emphysème. Dans la tuberculose, le raccourcissement du premier cartilage costal produit la sténose et empêche le développement supérieur de la poitrine; dans l'emphysème, une maladie acquise de tous les cartilages costaux conduit à la déformation, à la rigidité et à la perte d'élasticité suivant l'extension et la marche de l'affection; la dilatation générale ou partielle du thorax se développe progressivement.

L'excision des morceaux de cartilage costal pour faire cesser l'état de tension des parois thoraciques, pour augmenter l'espace inspiratoire et rendre possibles des mouvements respiratoires amples, a été, jusqu'ici, exécutée dans 2 cas avec de bons résultats.

Passler et Seidel (*Münch. med. Woch.*, 1907, 38) rapportentun nouveau cas d'emphysème pulmonaire avec poitrine globuleuse traité également par résection du cartilage costal. Du côté droit, les cartilages costaux I-V sous-périchondraux furent reséqués sur une longueur de 2 centimètres. Le succès fut complet, la dyspnée disparut, la mobilité respiratoire du thorax s'accrut d'une façon sensible, la respiration purement abdominale fut remplacée par une respiration costale et diaphragmatique. La capacité pulmonaire qui était de 2000 cc. s'abaissa à 1200 cc. immédiatement après l'opération, pour s'élever ensuite rapidement à 2700 cc. Cette intervention chirurgicale apporte pour la première fois la preuve que le cartilage costal peut être séparé sans danger et sans difficultés essentielles.

Ce résultat est important, pour la réalisation du projet de traiter la tuberculose au début par la résection du premier anneau de cartilage en vue d'élargir l'ouverture supérieure de la poitrine. Pour une intervention chirurgicale sont indiqués seulement les

cas de dilatation thoracique primaire, où les altérations secondaires causées par cet état peuvent être compensées, tandis qu'il y a contre-indication absolue pour les cas d'insuffisance cardiaque grave. Dans les cas convenables et bien appropriés, il faut entreprendre l'opération, aussitôt que des efforts physiques modérés, comme la montée d'un escalier, provoquent de la dyspnée.

**Epilepsie et gaucherie** (*Revue internationale de Clinique et de Thérapeutique*). — Dans une remarquable communication sur les relations de l'épilepsie et de la gaucherie, le prof. E. Redlich, de Vienne, a fait ressortir que la proportion des épileptiques qui sont gauchers est relativement très élevée. On compte en général de 1 à 4 gauchers sur 100 individus pris au hasard ; soit dit en passant, la gaucherie paraît être plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Chez les sujets atteints d'une maladie nerveuse ou mentale, Redlich a trouvé 8 p. 100 de gauchers, et la gaucherie atteignait une égale fréquence dans les deux sexes. Cette proportion s'est élevée à 17,5 p. 100, en ne comptant que les épileptiques : 81 sujets du sexe masculin, dont 14 gauchers, et 44 sujets du sexe féminin, dont 8 gauchères.

En se fondant sur les résultats de ses recherches personnelles, Redlich incline à mettre la gaucherie des épileptiques sur le compte de quelque altération pathologique de l'hémisphère gauche. Aussi bien, chez un certain nombre d'épileptiques gauchers, il a été à même de constater une insuffisance de développement de la moitié gauche du crâne et de la moitié droite de la face, sans compter d'autres manifestations pathologiques unilatérales. Evidemment il s'agit d'altérations qui doivent être très précoces, qui doivent survenir pendant la vie intra-utérine ou peu de temps après la naissance. Ces mêmes altérations doivent prédisposer à l'épilepsie.

A propos de cette communication, le professeur Hirschl a rappelé que, d'après Meynert, chez le tout jeune enfant, il n'existe pas encore de différenciation fonctionnelle à l'avantage d'un des

côtés. Si la plupart des sujets de notre espèce se servent surtout ou exclusivement de la main droite, pour certains usages, cela tient à l'éducation et aux éducateurs. On s'explique ainsi que des anthropologistes tels que Lombroso, Weber, aient trouvé un nombre relativement considérable de gauchers parmi les criminels, ceux-ci se recrutant surtout parmi les individus dont l'instruction et l'éducation ont été négligées.

## Thérapeutique chirurgicale.

**Emploi de l'éther pour tarir les suppurations.** — Contre une infection localisée en un point de l'organisme, tous les médecins emploient l'eau chaude. Pour une plaie souillée plus ou moins enflammée rien n'est mieux que de recourir au grand bain chaud plusieurs fois par jour. Par ce moyen on exalte les globules blancs, organismes de défense, qui lutteront avec succès et dévoreront les micro-organismes, causes du mal.

Mais il existe un autre moyen de combattre les suppurations qui semble encore plus actif que le précédent. Il consiste à frotter la peau de la région intéressée à l'aide d'une brosse à ongle préalablement bouillie, à placer ensuite sur la région ainsi préparée plusieurs compresses de gaze imbibées d'éther. Il ne reste qu'à recouvrir le tout d'un morceau de taffetas pour ralentir l'évaporation et à fixer le tout par des moyens appropriés.

On recommandera au malade ou à son entourage de soulever l'angle du pansement toutes les heures et de verser par ce point relevé du pansement une nouvelle quantité d'éther suffisante pour imbiber les compresses. Cette thérapeutique est à continuer pendant plusieurs jours. Les résultats qu'elle fournit sont constants, la suppuration en voie d'évolution rétrograde et la guérison arrive d'une façon presque certaine en moins d'une semaine.

Cette utile méthode est due à l'ingéniosité de M. Souligoux qui la mit en pratique pour la première fois dans le service de Tillaux. Il s'agissait d'un gros abcès de la région du cou.

Tillaux émit de grands doutes sur l'efficacité d'un traitement exclusivement composé de pansements par l'éther. Cependant, confiant en ce que lui affirma M. Souligoux, il laissa appliquer ce pansement et fut stupéfait de voir le lendemain une partie de l'enflure disparue. Cet abcès ne fut pas incisé et guérit en quatre à cinq jours.

Tillaux, malgré sa grande prudence, arriva à ne plus inciser un abcès du cou dès son entrée à l'hôpital. Tant qu'il était bien limité on ne faisait pas autre chose que de le traiter par le pansement de M. Souligoux et il était bien rare qu'après une journée d'essai on dût renoncer à son emploi pour prendre le bistouri.

Comment agit ici l'éther? On n'en sait rien, car c'est se contenter de mots que de dire avec M. Souligoux que l'éther, grâce à sa grande diffusibilité, pénètre par les pores de la peau préalablement décapés pour aller tuer les microbes et exalter au contraire le pouvoir défensif des globules blancs.

**Quinze cas d'anthrax traités par la sérothérapie.** — Les Drs B.-Fr. Boyer et E. Burwill-Holmes (*Therap. Gazette*, 1908, no 1) tirent les conclusions suivantes de leurs observations :

Le traitement par le sérum antianthracique, employé seul dans certains cas, semble exercer une action thérapeutique. Le sérum combiné avec l'excision et la cautérisation avec le sublimé donne les meilleurs résultats dans les cas graves.

Le sérum provenant de l'Institut Sclavo, de Sienne, s'emploie à la dose de 10 à 40 cc., 10 cc. par voie intraveineuse et 40 cc. par voie hypodermique.

**La papaïne employée dans le traitement des tumeurs malignes**, par le Dr C.-W. Branch (*Therap. Monatsh.*, 1907, no 10). — La papaïne est la papayotine ou suc du *Carica papaya* débarrassé de ses colloïdes. Comme le médicament est recommandé pour le traitement des carcinomes inopérables, C.-W. Branch (*Brit. med. J.*, 1907, 19 janvier) l'a employé dans 5 cas de tumeurs malignes. Il emploie une émulsion aqueuse récemment préparée

à 1 p. 5. Des doses de 0 gr. 03 à 0 gr. 10 de cette préparation, suivant la grandeur de la tumeur, sont injectées. Une quantité de 0 gr. 03 doit suffire pour une tumeur de la grosseur d'une amande. L'injection est répétée, si c'est nécessaire, au bout de 2 à 4 semaines. Elle est suivie régulièrement d'une sensation de brûlure légère, qui persiste un ou deux jours et est parfois accompagnée de malaises et d'élévation de la température. Au bout de 10 jours, en moyenne, commence à s'écouler de la tumeur un liquide épais gris ou verdâtre, tandis que la température retombe à la normale.

L'évacuation du liquide cesse au bout de quelques semaines et la tumeur a disparu.

Un succès particulièrement remarquable a été observé dans ces cas de carcinome grave du sein avec infiltration des ganglions axillaires. Après amputation du sein la plaie fut pansée simplement avec une pommade de papaïne (5 p. 30 de lanoline), et les ganglions furent injectés à la papaïne. Ceux-ci disparurent et la plaie opératoire guérit très simplement. Plus tard il survint quelques noyaux dans la cicatrice, mais le malade se refusa à un nouveau traitement.

**L'hétraline et ses effets** (*Zentr. f. in. Med.*). — L'hétraline est une combinaison de résorcine et formaline dont elle contient 60 p. 100. Elle est préférable à l'helmintol et à l'urotropine, sa teneur en résorcine occasionnant une acidité plus grande de l'urine alcaline, et un dédoublement plus facile de la formaldéhyde antiseptique. Le maximum d'élimination de ce dernier corps par l'urine a lieu environ quatre heures après l'absorption du médicament. L'hétraline est dédoublée dans l'estomac, la formaldéhyde est résorbée dans l'intestin. La partie non oxydée se retrouve à l'état libre ou combiné dans l'urine. L'effet antiseptique de l'hétraline se produit à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Avec des doses plus élevées, on a obtenu les symptômes d'une intoxication par la résorcine.

## Maladies vénériennes.

**Essais de traitement de la syphilis avec l'atoxyl.** — Kreibich et Krause (*Prager med. Woch.*, 1907, n° 47) rapportent les essais de traitement de 31 cas de syphilis avec des injections intramusculaires de 0 gr. 2 à 0 gr. 4 d'atoxyl en solution à 20 p. 100 tous les deux jours. Les meilleurs résultats furent obtenus dans le stade d'apparition des gommes syphilitiques. Les récidives ne peuvent être empêchées par l'atoxyl. Les cas traités sans succès avec le mercure sont favorablement influencés par l'atoxyl; beaucoup plus souvent, c'est le contraire qui a lieu. L'atoxyl n'est pas dangereux quand il est employé avec prudence, à doses modérées.

**Le santyl-Knoll dans le traitement de la blennorragie.** — Le Dr G. Nicoloscu (*Revista sanit. militaria*, 1907, nos 3 et 4), médecin militaire, n'emploie aucun traitement local dans la blennorragie aiguë, tant que les phénomènes inflammatoires n'ont pas disparu. L'administration de santyl abrège notablement la durée de l'inflammation et celle du processus morbide.

Il a constaté que le santyl, en peu de temps, diminue l'écoulement, mais sans jamais guérir complètement la maladie, et l'on ne devra pas se laisser induire en erreur, et considérer le malade comme guéri, puisque de petits excès alcooliques ou vénériens suffisent à faire réapparaître la sécrétion. A cette période du traitement, il faudra soumettre le malade à un traitement local et lui prescrire un régime approprié.

Le santyl diminue les douleurs au passage de l'urine, et les érections douloureuses, ce qui est une conséquence de son action antiphlogistique. Il est bien supporté par le tube digestif, ne provoque aucune brûlure et n'exerce aucune action irritative sur les reins.

# FORMULAIRE

### Contre les douleurs du cancer de l'utérus.

(LUTAUD).

| | |
|---|---|
| Teinture de thuya | 4 gr. |
| Liqueur de Fowler | 2 » |
| Sirop de gomme | 30 » |
| Eau | 60 » |

(Une cuillerée à café avant chaque repas.)

### Gastro-entérite.

Au milieu des deux principaux repas, prendre un des cachets suivants:

| | |
|---|---|
| Extrait de fiel de bœuf | 0 gr. 50 |
| Magnésie hydratée | 0 » 50 |

### Contre la diarrhée.

Donner, au commencement des deux principaux repas, deux des pilules ci-dessous :

| | |
|---|---|
| Extrait de bistorte | ââ 0 gr. 005 |
| — de ratanhia | |
| Poudre de cachou | |
| — de tormentille | |
| Diascordium | |

Pour une pilule. F. 20.

Continuer jusqu'à cessation de la diarrhée.

En même temps on observera une alimentation strictement végétarienne, en insistant sur le riz, le macaroni, les nouilles.

*Le Gérant :* O. DOIN.

Paris. — Imprimerie LEVÉ, rue Cassette, 17.

# CHRONIQUE

## Les Panacées d'autrefois.

### L'Or et ses vertus mirifiques.

Voudrait-on faire revivre une antique panacée que, depuis beaux jours, on pouvait croire reléguée dans les limbes de l'oubli? Il y paraît, si l'on en juge par la faveur qui en accueille la rénovation.

On ne se souvient donc plus de la boutade de Ricord? « Je comprends, aimait à répéter le malicieux syphiligraphe, je comprends l'or du malade au médecin; mais du médecin au malade!... » Et le mot fit fortune, et voilà comment un trait d'esprit suffit à ruiner le prestige d'une médication qui s'était pourtant annoncée sous les plus sérieux auspices.

Quand Chrestien (de Montpellier) publia, en 1811, son ouvrage : *Sur un nouveau remède dans le traitement des maladies vénériennes et lymphatiques*, ce fut pour beaucoup une révélation. A entendre le prétendu novateur, il n'était pas dépuratif plus puissant, résolutif plus efficace. Chrestien conseillait les sels d'or, non pas seulement contre les maladies du système lymphatique et les scrofules, mais il assurait en avoir obtenu les meilleurs résultats dans la cure du goître, des dartres, des squirrhes, voire dans la phtisie pulmonaire.

Avant lui, Lalouette, dans son *Traité des scrofules*, avait préconisé le même remède. Après lui, Farjon publiait (en 1825), sa thèse sur « le muriate d'or et de soude, employé en frictions dans les maladies syphilitiques ». Legrand, d'Amiens (1), allant plus loin que ses devanciers, déclarait

(1) *De l'or et du mercure dans le traitement de la syphilis*, par A. Legrand, d'Amiens. Paris, 1828.

que, dans la syphilis, « le mercure fait très souvent du mal; il guérit rarement; son emploi occasionne presque toutes les mêmes maladies que la syphilis »; et il concluait : « C'est un médicament infidèle, dont l'administration, toujours dangereuse, demande les plus grandes précautions » Il proposait, pour finir, de le remplacer par l'or à l'état métallique, ou à l'état de sel.

L'usage de l'or comme médicament n'était pas, à dire vrai, une nouveauté. DIOSCORIDE, qui vivait à Anazarbe 36 ans avant J.-C., parle déjà dans ses œuvres de l'usage thérapeutique de l'or (1). Mais rien ne prouve que ce métal fût entré dans la pratique médicale. Il semble que les premiers qui en aient fait usage soient les Arabes, et plus particulièrement AVICENNE; mais sous quelle forme, nous l'ignorons. Après Avicenne, il n'en est plus question jusqu'au moyen âge, époque à laquelle l'or reparaît dans les Dispensaires, « entouré d'un appareil d'illuminisme et de jonglerie charlatanesque qui devait fatalement le déprécier » (2).

PARACELSE se vantera de guérir toutes les maladies avec ce métal magique. Les alchimistes, en cherchant à transmuer tous les métaux en or, avaient singulièrement relevé l'importance de celui-ci. C'était la source de toutes les richesses; c'était aussi la panacée à tous maux. Mais il fallait, avant tout, le rendre potable — *aurum potabile!* — Et ce singulier remède n'était pas à la portée des bourses modestes; il fallait être roi ou prince, pour s'offrir le luxe d'une pareille dépense.

*
* *

En l'an 1420, ISABEAU DE BAVIÈRE demandait à son archiâtre de lui donner un électuaire, pour combattre une obésité

(1) *L'or en thérapeutique*, par André MAUDET. Thèse de Paris, 1905.
(2) FONSSAGRIVES (*Dict. encycl. des Sc. méd.*).

qui l'envahissait de plus en plus. Elle venait de gravir, on ne peut dire allègrement, le cap de la cinquantaine et elle n'avait rien abdiqué de ses prétentions à la coquetterie, péché mignon bien excusable chez les femmes et plus encore chez les reines.

Afin de satisfaire au désir d'Isabeau, sire Michiel de Laillet, « conseiller du roi nostre seigneur et maistre de sa chambre des comptes à Paris », faisait remettre la somme de sept livres quinze sols tournois (ce qui représenterait aujourd'hui plus de 200 francs), à Thierry Regnier, marchand, c'est-à-dire changeur, demeurant à Paris, en échange de la fourniture de « deux esterlins et oboles — c'étaient des mesures de poids usitées par les orfèvres et les lapidaires — de perles d'orient; un esterlin et un ferlin d'esmeraudes; un esterlin et un ferlin de rubis d'Alexandrie; un esterlin et un ferlin de jacinthes; un ducat d'or ». Ces pierres et cet or avaient été remis à l'apothicaire de la reine, avec ordre d'en composer un électuaire, « pour la santé de ladite dame ».

On croyait, en ce temps-là, à la vertu médicinale de l'or; l'*or potable*, surtout, était en honneur dans la médecine médiévale. Ouvrez cette encyclopédie qui s'appelle *Le grant propriétaire des choses*, de Barthélemy l'Anglois (1) et vous y lirez : « L'or est le plus vertueulx métal que soit et pour ce il a la vertu confortative. La lymueure de l'or meslee avec jus de bourache vaut moult contre la deffaulte (défaillance) de cueur et contre une tres perilleuse maladie que on appelle la *passion cardiaque.* » Qu'était au juste cette passion cardiaque, cette *tremore di core*, dont se plaignait Louis XI, et dont il est parlé dans une dépêche diplomatique (2)? Nous

(1) Traduit par J. Corbichon (1372), liv. XVI, cap. iv.
(2) Dépêche de Francesco Pietra Santa au duc de Milan, 12 août 1476 (Brachet, *Pathologie mentale des rois de France*, p. xxxv).

n'en déciderons pas. Sans doute s'agissait-il, en l'espèce, de douleurs spasmodiques dans la région du cœur, contre lesquelles la « limaille d'or » passait pour souveraine (1).

Ne souriez pas et n'allez pas croire à quelque remède de charlatan, la thérapeutique moderne n'a pas trouvé mieux : les sels d'or ne sont-ils pas, encore à l'heure actuelle, employés, sinon dans des cas tout à fait analogues, au moins dans les convulsions hystériques et épileptiques ? (2)

Or, Louis XI, tout tend à le prouver (3), était atteint de *morbus comitialis*. Et c'est pour calmer ses accès de *mal caduc*, autrement dit d'épilepsie, qu'on lui avait ordonné de l'or potable. De cela nous ne pouvons plus douter, après lecture de cette quittance de paiement, qui a été, en maints ouvrages, inexactement reproduite et dont BRACHET a rétabli le texte véritable.

En la présence de moy, Martin RISSENT, notaire et secrétaire du Roy, notre sire, FERAULT DE BONNEL, natif de Pyemont, a confessé avoir eu et reçeu de Michel le TENTRURIER, conseiller dudict seigneur et receveur général de ses finances... la somme de 192 l. laquelle ledict seigneur luy a accordé pour le rembourser de 96 escuz d'*or vieil* qu'il a mis pour ledit seigneur à faire certain breuvage appelé *aurum potabile*, à luy ordonné par médecine (8 avril 1483) (4).

Le sieur Ferault de Bonnel avait, au préalable, fait ses conditions. Il avait exigé que sa femme, dont l'assistance lui était, à l'entendre, indispensable, pour la préparation de ses mixtures, fût rappelée du Piémont; et le malin compère s'était fait délivrer, à cet effet, par le trésorier des comptes royaux, la coquette somme de 162 livres 70 sols, pour « aller

(1) « *Aurum*. Limatura eius confert tremori cordis et malitiæ animæ, et ei qui solus loquitur. » AVICENNE, *Canon*, lib. II, tract. 2, cap. LXXVIII.

(2) V. Formulaire de DUJARDIN-BEAUMETZ, 1896, p. 691; *Médecine moderne*, 1895, n° 62 (Contribution à l'action thérapeutique de l'or); FÉRÉ, *Epilepsie*, p. 182, etc.

(3) Cf. l'ouvrage de BRACHET, *suprà cit.*

(4) Portefeuille Fontanieu, B. N. Mss.

querir sa femme » et la faire « venir dèvers luy en la ville de Tours où ledit seigneur veult qu'ils soient residens continuellement pour faire *certains breuvages*, ordonnez audit seigneur pour médecine ».

On connaît le nom du médecin qui avait prescrit cette médication au roi : il s'appelait Bartholome Bunoys et voici en quel singulier charabia il s'exprimait, s'adressant au Roi :

Sire, écrivait à Louis XI le docte praticien, je ne sçay se vous ancore point usez de l'or potable que je vous ordonna, mès je vous assure sur ma vie et sur ma consciency que quant sera vostre bon plesir de l'user en la fasson que je lyssia l'escript à monseigneur du Bochage par votre commandement, que non trovarès chosa aut monde qui plus vous conforte lo cuer et vous tienne alegroz et fort et en vie longuement et resistice à tous vous malvès accidens que fera selluy *or potable* à l'ede de Diéu et de Nostre-Dame.

A tous ceux qui lui assuraient que ses maux seraient apaisés et surtout que sa vie serait prolongée, le pusillanime Louis XI prêtait toujours une oreille complaisante.

*
* *

Le Roi n'était pas le seul à croire aux vertus de l'or; cette croyance était partagée par le commun peuple. Dans l'ouvrage que nous citions tout à l'heure, le *Propriétaire des choses*, traduit en français pour le roi Charles V, il était dit :

Prenez *platines d'or* bien échauffées dedans le feu, et les mortifiez quarante fois dedans l'eau de bon puits ou fontaine; et soit gardée nettement en une phiolle de verre pour la boire pure ou en bon vin (1).

En imprégnant, pour ainsi dire, d'or, l'eau qu'on employait habituellement en boisson, on était persuadé qu'on lui communiquait les plus précieuses qualités.

D'autres recommandaient de semer de la poudre d'or sur

(1) *Histoire de la vie privée des Français*, par M. Le Grand d'Aussy, t. III (M. DCC. LXXXII), pp. 74 et suiv.

les aliments. Dans un traité de cuisine du XIV[e] siècle (1), il est question de cette étrange mixture. Les Vénitiens (2) de qualité n'avaient pas renoncé à cet usage deux cents ans plus tard, et ils ne se contentaient pas de mettre du sucre dans toutes les sauces — sauf les sauces piquantes — ils y ajoutaient des eaux de senteur, et dans certains mets, de l'or, « pour ragaillardir le cœur », à les entendre (3).

Les plus malins administraient des pilules à base de poudre d'or à des chapons, puis ils faisaient cuire le volatile et avalaient le bouillon, doué, prétendaient-ils, des propriétés les plus étonnantes, « comme si l'animal eût digéré et changé en sa propre substance cette matière divine » !

Les propriété curatives qu'on attribuait à l'or déterminèrent d'avisés marchands à introduire dans des boissons en vogue quelques parcelles de ce métal. A l'origine, on n'avait employé qu'une sorte de teinture jaunie par les quelques grains d'or qu'elle pouvait contenir. Ce n'était pas suffisant : on ajouta bientôt à la liqueur des paillettes de métal qui nageaient dans le liquide. L'*eau d'or de Dantzig*, qui jouit longtemps d'une grande vogue, était ainsi fabriquée.

Ce n'était pas uniquement par la bouche que les gens de haute condition absorbaient l'or. Les châtelains fortunés se faisaient administrer des « clystères dorés », dont la mention coûteuse revient fréquemment dans les comptes féodaux (4).

Les préjugés à l'endroit de la vertu médicamenteuse de

(1) Cf. *Bibliothèque de l'Ecole des Chartes*, 5[e] série, t. I (1860), p. 209.

(2) VIVIANI, *Trattato del custodire la sanità*. Venezia, 1626, p. 85.

(3) Roberto JAMES, *Nuova Farmacopea universale*. Venezia, Pezzana, 1758; cité par MOLMENTI, *La vie privée à Venise*, p. 292.

(4) G. D'AVENEL, *Mécanisme de la vie moderne*, t. III, p. 121.

l'or acquirent toute leur force au XVI[e] siècle. C'est à PARACELSE surtout qu'on doit de les avoir remis en crédit : ne se vantait-il pas d'avoir guéri des lépreux avec l'or ; mieux encore, de pouvoir prolonger la vie à son gré, grâce à son mirifique élixir?

La mort du thaumaturge, dans un âge relativement peu avancé, donna un démenti à ces fallacieuses promesses.

Contrairement à Paracelse, ARNAULD DE VILLENEUVE s'était attaché à dénier les qualités qu'on attribuait à *l'eau d'or*, que ses inventeurs avaient ainsi nommée, en raison de sa couleur. Probablement, écrivait Arnauld, « ce n'est que de l'eau-de-vie, dans laquelle on aura mis infuser ou macérer des fleurs de romarin ou autres semblables, avec des épices pour lui donner de la couleur ou du goût ». Quant aux aromates, il suppose que ce sont du poivre cubèbe, de la cannelle, des clous de girofles, de la graine de paradis, de la réglisse, auxquels on ajoutait de l'eau rose, du jus de grenade et du sucre (1).

Mais on n'avait pas plus écouté Arnauld de Villeneuve qu'on n'écoutera, après lui, quelques médecins sensés, tels que COLIN, COURTIN et PARÉ (2), qui s'employèrent vainement à détruire l'erreur générale; qu'on n'avait écouté Bernard PALISSY (3), qui s'était élevé avec vigueur contre ceux qui grattaient les monnaies pour en avoir la limaille, ou qui mâchaient de l'or en feuilles pour se redonner des forces.

A part ces quelques voix isolées, la plupart restaient convaincus que l'or était un remède sûr contre la lèpre et

(1) *Histoire de la vie privée des Français*, t. III, p. 73.

(2) Voir ce que dit PARÉ, au chapitre XVIII de son discours *de la Licorne*.

(3) B. PALISSY, *Discours admirable de la nature des eaux et fontaines* (1580), p. 138 et suiv.

qu'un homme qui se nourrirait d'or serait immortel (1); il n'en fallut pas plus pour restituer à ce métal et aux préparations qui en dérivaient tout leur prestige et tout leur crédit.

***

BRANTÔME, qui s'est constitué, pour notre délectation, l'historiographe de la cour des Valois, n'hésite pas à attribuer la conservation de la beauté de la duchesse de Valentinois à l'or liquide qu'elle absorbait. L'empereur RODOLPHE, au dire de Tallemant, informateur non moins autorisé que Brantôme, se tint en santé durant de longues années, par le même moyen (2).

Une application thérapeutique de l'or assez imprévue nous est révélée par HÉROARD (3), le légendaire médecin du roi Louis XIII. La nourrice de l'enfant-roi ayant perdu son lait, on lui mit de l'*or battu* au bout de sa mamelle. Pour augmenter la sécrétion lactée, penserez-vous? Non, pour calmer les tranchées de l'enfançon.

L'or était, pourrait-on dire, mis à toutes les sauces: c'était le remède ultime, quand tous les autres avaient échoué. Ce fut le médicament auquel on eut recours, pour soulager la reine Marie de Médicis.

En 1610, la reine-régente souffrait d'un atroce mal aux dents. Comme tous ses médecins, tant ordinaires qu'extraordinaires, n'avaient pu réussir à lui procurer quelque soulagement par les moyens habituels, on fit mander, pour la

(1) FRANKLIN, *Les médicaments*, p. 146.

(2) En 1591, lorsque le Pape GRÉGOIRE XIV fut atteint de la maladie qui devait l'emporter, les médecins le soutinrent pendant quelques jours au moyen d'or et de pierres précieuses pulvérisés ensemble. (Dr MANDET, *op. cit.*)

(3) *Journal d'Héroard*, t. I, p. 12.

traiter, l'aumônier du roi, le Révérend Père de Castagne, qui passait pour posséder maints secrets. Celui-ci ordonna de l'*or potable*, qui amena la guérison au bout de peu de temps. Comme, malgré l'évidence, on doutait encore des vertus curatives du merveilleux remède, le Révérend écrivit tout un livre sur l'or potable, où il énumérait ses précieuses propriétés, et il eut le bon esprit de le dédier à la reine elle-même.

On avait oublié cette cure, qui avait pourtant fait grand bruit, quand Louis XIV tomba malade à son tour. En 1657, le roi, qui recevait alors les soins de Vallot, avait un poireau fort gros à la main, que son premier chirurgien avait traité par quelque drogue de sa façon. La verrue, loin de disparaître, s'était envenimée de plus belle et l'archiâtre, fort en colère, traitait tout haut d'ignare son illustre collègue. Le monarque, qui n'aimait pas souffrir, donna ordre qu'on le délivrât de ses deux poireaux, — car il en était survenu un second dans l'intervalle. Vallot prescrivit l'application de son « huile d'or », qui, en peu de temps, « pénétra jusqu'aux plus profondes racines et emporta l'un et l'autre sans douleur et sans aucun retour (1) ». La médecine triomphait une fois de plus de la chirurgie.

En 1666, Vallot administre, de nouveau, à son auguste client, une infusion préparée avec de l'or, du sel de mars et du vitriol; dix ans auparavant, il lui avait fait prendre des tablettes dans lesquelles entraient de l'or diaphorétique et des perles.

L'or, les perles, le corail et quantité d'autres choses précieuses étaient alors monnaie courante en thérapeutique.

(1) *Journal de la santé du roi Louis XIV*, édit. J.-A. Le Roi; Paris, 1862, p. 48.

Molière, dans le *Médecin malgré lui* (1), fait dire à l'un de ses personnages, apprenant les résultats d'un élixir qui ressuscitait les morts : « Il fallait que ce fut quelque goutte d'or potable. » Gui Patin seul avait assez d'audace pour s'inscrire en faux contre l'opinion commune (2). Et cette opinion avait tellement cours, que les pharmacopées du temps (3) la consacrent, pour ainsi dire, officiellement.

*
* *

Une autre preuve de la vogue de ces préparations nous est fournie par les gazettes du temps. Le *Mercure de France*, de mars 1741, annonce que « le sieur Durand, expert pour la conservation des dents, comme par sa dextérité pour les opérations », a trois remèdes spécifiques: l'opiat royal, l'élixir et l'eau d'or, pour les cas ci-après dénommés:

L'*Elixir*, par sa vertu pénétrante pour les douleurs de dents, détruit toutes les corruptions qui les minent sous les alvéoles, résout les tumeurs, meurit les abcès, et fait sortir le pus et la matière, guérit les chancres qui viennent au palais, à la langue et aux gencives, lesquels ont des suites très fâcheuses, corrige les humeurs âcres qui tiennent ou paroissent tenir de la nature du scorbut, etc. Les bouteilles sont de 2 liv. 10 s., de 3 liv. 10 s. et de 6 liv.

L'*eau d'or de Grenade* est pour les fluxions et les gonflements de gencives les plus considérables, les dissipe en très peu de temps, procure des avantages réels et permanents à toutes les parties de la bouche. Les bouteilles sont de 2 livres et de 4 livres.

Il avertit aussi que, parmi tous les secours qu'il a chez lui pour le bien et l'embellissement de la bouche, on y trouve des dents artificielles faites de manière à contenter toutes les personnes qui en ont besoin.

Il vend des racines très salutaires qui embaument la bouche, à 15 sols le plus haut prix.

Il va le matin où on le demande, et l'après-dîner on le trouve chez lui.

Sa demeure est avec Tableau (enseigne?) rue Saint-Honoré, vis-à-vis la fontaine et la croix du Trahoir, au premier apartement (4).

(1) Acte III, scène ii.

(2) Lettre du 13 août, t. II (édit. Reveillé-Parise), p. 418.

(3) V. notamment la *Pharmacopée* et le *Dictionnaire des drogues*, de Lémery, etc.

(4) *Mercure de France* (mars 1741), p. 576.

Comme monument de réclame, celui-ci est assez réussi.

En voici un autre échantillon, qui n'est pas moins savoureux.

Il s'agit de ces fameuses *Gouttes du général Lamotte* (1), encore nommées *Teinture de Bestuchef*, *Gouttes jaunes de Bestuchef*, *Elixir d'or.* On appelait cette préparation *Elixir d'or*, pour laisser croire que l'or entrait dans sa composition et la faire ainsi participer à la réputation de l'or potable, auquel on croyait et dont on usait encore (2).

On se préoccupa beaucoup de démêler la composition de ce remède, dont la formule avait été tenue secrète par son détenteur, ce bizarre général d'artillerie du prince Ragotzi, dont le nom n'a dû qu'à cette circonstance d'être sauvé de l'oubli.

Longtemps on avait cru que ces gouttes étaient une préparation éthérée, que l'éther en était le principe actif. Mais le liquide étant miscible à l'eau en toutes proportions, il fut reconnu que l'odeur d'éther provenait d'une petite quantité d'éther nitreux, formé par le mélange d'acide nitreux avec la solution alcoolique d'or, qu'on disait rentrer dans sa composition (3).

On a reconnu, depuis, que ces gouttes mystérieuses, cet élixir d'or si vanté, étaient tout simplement un composé de perchlorure de fer (4).

Quoi qu'il en soit, la veuve du général Lamotte exploita longtemps avec profit cette « spécialité »; et, en 1776, son successeur, le chevalier d'Heisme Paulian, continuait à la faire annoncer dans les feuilles publiques. Il la vantait :

(1) Elles avaient été employées par le pape, sur les conseils de Chirac, premier médecin de Louis XV, et aussi par le roi de Prusse.

(2) Cf. *Correspondance de Favart*, t. III, p. 224.

(3) *Dictionnaire de chimie* (1744), in-8, t. II, p. 176.

(4) *Vieux-neuf*, d'Ed. Fournier, t. III, p. 354 (n.)

Pour l'apoplexie, l'épilepsie, les palpitations de cœur, la paralysie, les coliques, les fièvres malignes, les vomissements, les faiblesses d'estomac, les indigestions, les ulcères, dartres, gangrène, la dyssenterie, la gravelle, la rétention d'urine, les vapeurs, la suppression des règles, les pertes de sang, etc., etc.

Les bouteilles sont de 25 livres et la blanche de 20 livres.

On en fait aussi dans la Maison royale de Saint-Cyr et des Invalides.

Ce remède n'est plus un secret. M. Porte a découvert et publié le procédé par lequel on obtient ces gouttes; c'est un mélange d'une dissolution d'or faite par l'eau régale, avec l'huile éthérée de Trébonius, au lieu de l'esprit de vin qu'employait Lamotte, on sépare suivant l'art cet éther qui est chargé d'or, on le laisse pendant un mois en digestion au bain-marie, avec de l'esprit de vin, dont on met cinq fois la quantité de l'autre liqueur : ce médicament ne tire sa vertu que de la liqueur éthérée, et non de l'or qui ne lui en donne et ne peut lui en donner aucune (1).

L'autorisation de vente avait été accordée par le roi le 1er juillet 1720; des lettres patentes du 15 juillet 1768 confirmèrent le privilège royal.

* * *

Pendant longtemps l'or tiendra sa place dans la thérapeutique. On le verra tour à tour employé contre l'extinction de voix (2); pour aviver le rose des lèvres (3); contre les défaillances, etc. Mais c'est comme « élixir de longue vie » qu'il a conservé tout son prestige.

On aura peine à croire qu'il se soit trouvé, de nos jours encore, des adeptes de cette singulière médication. La sur-

---

(1) *Etat de médecine pour* 1776, p. 216 et suiv.

(2) *Hermippus redivivus ou le triomphe du sage* (Bruxelles, 1789), t. I, p. 175 (note).

(3) Avez-vous ouï parler des « louis d'or à lunettes »? « C'est, répond Constantin James (*Toilette d'une romaine au temps d'Auguste*, p. 254), une de ces expressions dont le sens a vieilli ou plutôt qui n'a plus de sens pour nous, encore bien qu'on la retrouve à tout propos dans les correspondances du temps. On appelait « louis d'or à lunettes » une ancienne monnaie d'or, contenant moins d'alliage que la nouvelle, et se rapprochant ainsi de la composition de l'or pur. Et comme, d'après les vieilles théories alchimistes, l'or, ce roi des métaux, agissait sur la vie elle-même, en faisant affluer le sang dans les parties qui en subissaient le contact, *se frotter les lèvres avec un louis d'or devait être un excellent moyen de les rendre plus roses.* »

prise redoublera, quand on saura que, parmi eux, se distingue, entre tous, un des plus grands orateurs sacrés qui ait fait retentir de ses accents éloquents la chaire chrétienne : le père LACORDAIRE raconte, dans une de ses lettres, qu'il faisait usage, pour une maladie du larynx, d'un élixir préparé d'après la recette même de Cagliostro :

Je bois, dit-il, purement et simplement de l'*or potable*, entendez-vous; de l'or découvert autrefois par Cagliostro et retrouvé par un vieux diplomate qui, n'ayant plus rien à démêler dans les affaires humaines, cherche, depuis vingt ans, un élixir modeste qui prolongerait notre vie à peu près deux cents ans, si ce n'est trois cents.

Nous avons perdu la formule de Cagliostro; mais on lui a substitué des préparations plus scientifiquement combinées et qui n'en sont pas, pour cela, moins efficaces.

On emploie le *chlorure d'or et de sodium*, dans le rhumatisme chronique (1); le *chlorure d'or et d'ammonium*, contre l'aménorrhée et la dysménorrhée (2); d'autres lui préfèrent, dans ces cas, le *bromure d'or et d'ammonium*.

CHARRIÈRE, de Saint-Rémy, de Provence, a employé avec succès, comme révulsif, une pommade composée avec : cérat, 10 grammes, chlorure d'or et de sodium, 1 gramme, en applications au début des névralgies lombaire, crurale et sciatique.

CALMETTE (de Lille) déclare s'être bien trouvé des injections hypodermiques de *chlorure d'or*, en solution au centième, contre les morsures de vipères. Le professeur ROBIN préconise le *bromure d'or* dans le traitement du cancer de l'estomac et du cancer en général (3).

D'après le Dr BUÉ (de Paris), il semble que le chlorure d'or mérite de prendre place parmi les liquides modifica-

(1) Professeur GRASSET.

(2) FURNARI et DELESCHAMPS.

(3) Thèse MAUDET, 1905.

teurs employés dans le traitement des tuberculoses externes, de ses propriétés sclérogènes, en raison de ses qualités éminemment antiseptiques et probablement de son action spécifique sur le bacille de Koch.

Enfin, le bromure d'or a été expérimenté par LEMOINE (de Lille), comme succédané du bromure de potassium, dans le traitement de l'épilepsie.

Si Louis XI revenait en ce monde, il pourrait se donner l'illusion de se croire notre contemporain : en l'an de grâce 1908, on n'a pas trouvé contre le *mal caduc* d'autres remèdes que ceux déjà usités de son temps !...

Dr CABANÈS.

---

# THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

**Un essai d'organisation économique de la lutte antituberculeuse.**

*L'office antituberculeux* JACQUES SIEGFRIED *et* ALBERT ROBIN *à l'hôpital Beaujon*,

par ALBERT ROBIN (*Deuxième exercice* 1906).

(*Suite et fin.*)

VII

LES VISITEURS DE L'OFFICE. — LA NOEL ET LE JOUR DE L'AN DES ENFANTS.

Un grand nombre de médecins français et étrangers et d'individualités s'intéressant aux questions de tuberculose ont visité l'Office, soit à titre officiel, soit à titre privé. Depuis sa fondation, l'Office a reçu ainsi 170 visites dont 142 médicales et 28 non médicales.

Les visiteurs médecins se répartissent ainsi :

| | |
|---|---|
| Médecins de Paris | 28 |
| — de province | 22 |
| — d'Angleterre | 13 |
| — des Etats-Unis | 12 |
| — d'Espagne | 10 |
| — d'Allemagne | 9 |
| — d'Italie | 8 |
| — de Hollande | 6 |
| — du Brésil | 5 |
| — de Finlande | 4 |
| — d'Autriche | 3 |
| — de Belgique, de Bohême (3 de chaque pays) | 6 |
| — de Suisse, Suède, Danemark, Hongrie (2 de chaque pays) | 8 |
| — de Russie | 2 |
| — Norvège, Perse, Mexique, Vénézuéla, Argentine, Haïti (1 de chaque pays) | 6 |
| Total | 142 |

Les visiteurs non-médecins appartenaient aux nationalités suivantes :

| | |
|---|---|
| France | 20 |
| Allemagne | 3 |
| Angleterre | 2 |
| Autriche | 2 |
| Brésil | 1 |
| Total | 28 |

Ces nombreuses visites témoignent de l'intérêt qui s'attache à notre conception de l'Office antituberculeux. Elles porteront leurs fruits, puisque plusieurs de nos visiteurs ont manifesté l'intention de tenter dans leur pays des organisations similaires.

Nos dames assistantes, en dehors du rôle important qu'elles remplissent, ont tenu à donner à nos enfants les joies d'un Arbre de Noël et une distribution de jouets au

premier de l'an. L'arbre de Noël a été organisé par Mme la comtesse JACQUES DE POURTALÈS, Mme EM. LÉVY, Mme MOUREAU, Mme R. BLONDEL, et par l'Œuvre de l'Album des Petits Malades. Il fut une vraie fête familiale pour les enfants, puisqu'on avait invité aussi leurs parents. Les jouets et les divers cadeaux ont été généreusement donnés par nos Dames assistantes qui, elles aussi, se sont fait une fête de cette distribution.

Nous ne saurions assez dire combien, sous tous les rapports, matériellement et moralement, les Dames assistantes rendent de services à l'Office; ne pouvant les nommer toutes, nous voulons néanmoins témoigner du zèle et du dévouement intelligent et discret de MMmes MATHERON, RIVEMALE, BOYER, R. BLONDEL, EM. LÉVY, DEMARIA, GALLAY, MARTEL, CORMERAY, etc.; que ces dames veuillent bien recevoir ici l'hommage de notre reconnaissance.

## VIII

### LES DÉPENSES DE L'OFFICE.

La somme totale dépensée par l'Office en 1906 a été de 9.551 fr. 35, dont voici le détail :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Médicaments | 864 | fr. | 35 |
| Bons de viande | 3.949 | » | 45 |
| Matériel et instruments | 111 | » | 75 |
| Imprimés | 276 | » | 80 |
| Gages de l'Enquêteur | 1.375 | » | |
| Frais de voiture de l'Enquêteur | 252 | » | |
| Affranchissements | 187 | » | 40 |
| Etrennes | 100 | » | |
| Achat de crachoirs de poche | 747 | » | 95 |
| — de gilets de flanelle | 125 | » | 85 |
| Colonies de vacances | 1.487 | » | |
| Total | 9.551 | » | 35 |

En 1905, les dépenses s'étaient élevées à 7.881 fr. 87,

avec 4.385 consultations, soit 1 fr. 79 par consultation, tous frais compris.

En 1906, l'Office a donné 5.321 consultations avec une dépense de 9.551 fr. 35, soit exactement le même chiffre de 1 fr. 79 par consultation.

Cette stabilité du chiffre des dépenses est d'autant plus remarquable que l'assistance aux malades et à leur famille s'est faite, en 1906, sur une échelle plus étendue, que le service du vestiaire a fonctionné régulièrement pendant toute l'année, et que le nombre des mois de colonies de vacances pour nos enfants s'est élevé de 33.7 p. 100 sur l'année précédente.

En somme, l'Office a donné plus que l'année précédente, sans dépenser davantage, eu égard au plus grand nombre des malades suivis et des consultations données.

On trouvera, peut-être, quelque différence entre les chiffres de dépenses donnés au cours de ce rapport et ceux qui figurent dans l'état ci-dessus.

Ainsi, cet état porte 864 fr. 35 pour achat de médicaments, tandis qu'au chapitre des traitements, nous constatons une dépense de 975 fr. 36. La différence provient de ce que l'état comprend uniquement les sommes payées en 1906, par notre trésorier, M. MATHERON, et que, sur ces sommes, il y a des reliquats de dépenses faites en 1905 et payées en 1906, de même que certaines dépenses de 1906 ne seront soldées qu'en 1907 et figureront dans le bilan de cette dernière année.

Au contraire, le chiffre porté pour achat de médicaments, au chapitre des traitements, résulte de l'inventaire fait par notre surveillante, M^lle^ CARRET, sur le livre des entrées et sorties de l'année. Il en est de même pour les bons de viande, puisque quelques-uns de ceux délivrés en 1905

n'ont été payés qu'en 1906, et que l'exercice 1907 sera chargé de quelques bons délivrés en 1906, mais non payés au cours de cet exercice.

Dans nos dépenses globales figure une somme de 1.487 fr., comme frais afférents aux Colonies de vacances. Or, il y a lieu de faire remarquer que ces frais sont supportés par une Caisse particulière constituée par Mme GIRARD-MANGIN dont l'esprit d'organisation à la fois sociale et médicale ne saurait être trop loué, et fonctionnant uniquement par ses soins, et avec le concours de Mme la marquise de GANAY, et Mme J. FAURE, de Mme GALLAY et d'autres personnes que M. GIRARD-MANGIN a su intéresser au sort de nos enfants.

Le bilan définitif des deux exercices se résume ainsi qu'il suit :

1905

| | | | |
|---|---|---|---|
| Recettes | 21.301 | fr. | |
| Dépenses payées | 7.550 | » | 77 |
| Excédent | 13.720 | fr. | 23 |

1906

| | | | |
|---|---|---|---|
| Recettes. — Excédent de 1905 | 13.710 | fr. | 23 |
| 60 Cotisations annuelles | 1.795 | » | |
| Dons | 1.515 | » | |
| Intérêts du compte-courant | 213 | » | 15 |
| | 17.233 | fr. | 38 |
| Dépenses payées | 9.551 | fr. | 31 |
| Excédent | 7.682 | fr. | 03 |

Cet excédent assure à peu près le fonctionnement de l'Office pour 1907.

Mais, il ne faut pas oublier que nos recettes par cotisations fixes sont fort minimes, et que nous vivons surtout de dons. D'un autre côté, nos dépenses de 1907 seront plus élevées que celles de 1906, à cause de l'augmentation du

nombre des malades et des consultations. Aussi notre caisse sera-t-elle vide à la fin de 1907, et il faudra pourvoir à l'exercice 1908, qui sera encore plus chargé que les précédents.

Trois dons de 1.000 francs de Mme la comtesse MARIE BRANICKA, de Mme la princesse de VICOVARO-CENCI, et de Mme PINARD comblent le déficit de 1907, et Mme ALBERT VIANELLI, qui figure déjà pour un don de 1.000 francs en 1905, vient de nous envoyer généreusement 2.000 francs pour l'exercice 1908.

Mais tout cela sera encore insuffisant et nous devons nous préoccuper gravement de trouver pour cette année-là les subsides nécessaires à nos services.

L'Office espère recevoir des subventions du Conseil municipal et du Ministre de l'Intérieur, mais ce ne sont encore que des espérances. Il faut travailler à augmenter le chiffre des cotisations fixes et recruter de nouveaux adhérents à notre Œuvre, et nous adressons un chaleureux appel à nos Dames patronnesses et aux Dames assistantes pour nous aider dans cette tâche.

A l'Office même, le contrôle le plus rigoureux est exercé sur les dépenses qui sont à peu près irréductibles, car aucune institution existante ne fonctionne avec moins de frais et plus de résultats.

Ce qu'il faudrait, c'est que le vœu exprimé dans le rapport de 1905 fût exaucé, et que l'Administration de l'Assistance publique voulût bien créer dans quelques-uns de ses hôpitaux des Offices sur le modèle du nôtre, de façon à nous décharger du nombre croissant de tuberculeux que nous devons assister.

La capacité d'un Office, tel que nous le concevons, ne dépasse pas 1.000 malades, au maximum, tandis qu'en 1906,

nous en avons reçu 1.534 et que les résultats connus de 1907 montrent que ce chiffre sera encore dépassé.

En 1908, il s'élèvera encore, puisque nous avons le projet d'étendre plus largement encore le service de la préservation des enfants sains au milieu d'une famille contaminée et de créer un nouveau service pour le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires.

Mais, nous avons confiance dans l'avenir et nous sommes certains, avec votre appui, de triompher des difficultés qu'il nous réserve.

## IX

### Les points faibles de l'Office antituberculeux.

Deux années d'exercice ont permis de juger quels sont les points faibles de l'Office antituberculeux, tel qu'il fonctionne actuellement. D'abord, nous recevons trop de malades pour qu'il soit possible de les suivre comme il faudrait. Je viens de dire que la capacité d'un Office tel que le nôtre ne devrait jamais dépasser 1.000 tuberculeux par an, y compris ceux qui restent des années précédentes. Mais que faire? L'Office accueille tous ceux qui se présentent, d'où qu'ils viennent. Faut-il faire une sélection? Agir ainsi serait manquer à l'un des principes les plus formels de l'institution.

Il n'y a qu'une solution possible, c'est de multiplier le nombre des Offices, ce qui n'est pas en notre pouvoir.

Faute de ce moyen, que faisons-nous? L'Office case de son mieux les tuberculeux avérés et jugés, à tort ou à raison, non curables. Il essaie de concentrer ses moyens d'action sur ceux qui sont capables de guérir et de récupérer quelque capacité de travail. Mais il est néanmoins débordé par les premiers qui ne consentent guère à être

hospitalisés ou placés que quand ils sont en pleine déchéance.

Et puis le dépistage des prétuberculeux est insuffisant et doit être étendu par des relations plus étroites avec les collectivités. Notre directeur, M. le Dr Savoire, en est si convaincu qu'il s'efforce d'y remédier en faisant des conférences ouvrières dont les résultats sont encore insignifiants, puisque les malades arrivent pour la plupart dans un état qui les rend plus justiciables de l'assistance que du traitement.

C'est pour cela que l'Office tend de plus en plus à attirer les enfants, pour *sauver la graine*, comme l'a dit Pasteur, comme l'a fait le regretté professeur Grancher dans sa belle Œuvre de préservation de l'enfance.

Que d'autres points faibles encore, puisque l'Office n'a pu installer le service du blanchissage, de désinfection du linge, ni celui du chauffage des logements, ni celui des traitements sur place, ni celui des soins à domicile; puisque le rapatriement aux pays d'origine est tout à fait insuffisant, de même que les services de placement et d'assistance par le travail, devant les demandes qui nous arrivent de toutes parts.

Et c'est parce que nous connaissons bien ces points faibles, que nous donnons modestement à nos Rapports le titre d'Essai, car c'est un simple essai que nous présentons au public en mettant aussi bien en relief ses avantages que ses insuffisances.

## X

## L'Office antituberculeux réalise un essai de lutte économique antituberculeuse.

Quoiqu'il en soit, les résultats de l'année 1906 ont lar-

gement réalisé nos prévisions. Ils sont l'indéniable preuve que le système de lutte antituberculeuse que l'Office a inauguré, est praticable et viable. Aussi opposons-nous résolument notre essai de solution économique et pratique aux armements compliqués qui sont, au moins, autant faits pour satisfaire ceux qui les organisent que pour venir en aide aux tuberculeux.

J'en donnerai un unique exemple.

Les pouvoirs publics, sur l'instigation de M. le président LOUBET et du Comité officiel de la lutte antituberculeuse ont voté cent mille francs pour l'organisation du Congrès de Paris, en 1905.

A quoi ont servi ces cent mille francs?

A organiser des locaux somptueux, à donner des fêtes, à rémunérer des employés, à faire imprimer des monceaux de documents pour la plupart inutiles et à bien d'autres dépenses plus ou moins somptuaires.

Mais qu'est-il revenu aux tuberculeux de cette somme énorme qu'on dit même n'avoir pas été suffisante? De tout ce qui a été dit et écrit à ce Congrès, est-il résulté la guérison ou même le soulagement d'un seul malade? Je doute qu'un esprit impartial puisse répondre par l'affirmative. Ce qui est resté de ce Congrès aux misérables tuberculeux, ce sont les discours qui ont été prononcés, ce sont les espérances irréalisées qu'il a fait luire à leurs yeux, et c'est tout!

Ni M. JACQUES SIEGFRIED, ni notre savant et dévoué directeur, M. le Dr SAVOIRE, ni moi-même n'avons l'absurde prétention d'avoir trouvé un système de lutte antituberculeuse sans défaut. Mieux que personne, nous connaissons les vices de l'organisation de l'Office et son insuffisance. Mais, ce que nous demandons, c'est qu'on l'étudie et qu'on l'expérimente

et qu'on nous adresse ensuite des critiques justifiées dont nous tiendrons compte pour consolider les points faibles.

En tout cas, M. Mesureur, directeur de l'Administration de l'Assistance publique de Paris, n'a cessé de nous encourager, envers et contre tous, et ne nous a jamais marchandé son précieux et large concours. Nous tenons à le remercier publiquement, car si l'Office a fonctionné et réussi, c'est à lui que nous le devons.

Qu'on n'objecte pas la question d'argent, puisque les dépenses de l'Office antituberculeux sont hors de toute proportion avec les résultats qu'il donne, et cela, de l'aveu de tous. Songez seulement qu'avec les cent mille francs, à peu près inutilement dépensés au Congrès de la tuberculose, on aurait pu fonder et entretenir dix Offices pendant un an, c'est-à-dire assister plus de 10.000 tuberculeux !

On répond : « Vous ne dépensez rien ou peu de choses, mais ce sont les autres qui dépensent pour vous. » C'est vrai ; mais ce qu'on dépense pour nous, nous le rendons en nature, en évitant aux Institutions et aux Œuvres qui nous aident, des frais qu'ils auraient sans notre intervention.

On dit encore : « Votre œuvre est personnelle, elle ne peut être généralisée, vous avez épuisé les concours, et ceux qui viennent après vous ne les trouveront plus. »

L'objection est aisée à réfuter.

Combien existe-t-il d'Œuvres de bienfaisance à Paris seulement? Plus d'un millier. Avec combien de ces Œuvres avons-nous noué des relations? Avec une trentaine au plus. On voit l'étendue des concours qui restent à utiliser, sans parler des personnes de bonne volonté qui, dans une ville comme Paris, sont toujours prêtes à donner leur temps et leur dévouement à une entreprise humanitaire.

Ce qu'il faut, ce qui manque, ce sont uniquement des

metteurs en train qui condensent ces bonnes volontés éparses et les tendent vers un but commun.

Que le Conseil municipal de Paris et l'Administration de l'Assistance publique prennent l'initiative de fonder des Offices antituberculeux dans chacun des 20 grands hôpitaux, qu'on mette à la tête des Offices des médecins des hôpitaux prenant l'engagement d'en faire leur œuvre personnelle et de ne pas considérer la direction des Offices comme un poste d'attente ou de passage. Si aucun des médecins nommés aux concours actuels, ne veut prendre cet engagement, qu'on institue un concours spécial avec obligation, et la question sera résolue, au moins à titre d'essai. Et en admettant même que cet essai ne réussisse pas, on n'aura ni immobilisé un capital important, ni entraîné de grosses dépenses d'entretien.

Si l'essai réussit dans un centre comme Paris, il se généralisera bien vite.

## Conclusions.

Le système de l'Office antituberculeux n'est pas irréalisable, comme on l'a dit.

Il fonctionne et progresse.

Qu'il ne soit ou non qu'un système d'attente, il a l'avantage de réduire au minimum les frais de premier établissement et d'entretien d'un armement autituberculeux dont nous invitons nos adversaires à venir constater les résultats.

Il oppose la *solution économique* de la lutte antituberculeuse aux *solutions chères et irréalisables*, parce qu'elles imposent des charges que les finances d'aucune nation ne sont capables de supporter.

[redacted]



# PSYCHOTHÉRAPIE

---

## Les états neurasthéniques et leur traitement,

par M. le Dr Marcel Viollet
Médecin des Asiles.

### PREMIÈRE PARTIE

### *Définition des états neurasthéniques.*

Les symptômes que Beard réunit pour en former l'entité nosographique qu'il appela neurasthénie se rencontrent également dans un certain nombre de maladies mentales, du moins à leur début. A cette confusion habituelle que l'on fait entre la maladie de Beard et ces maladies mentales sont venus s'ajouter, pour accroître cette difficulté du diagnostic, des addenda multiples de causes, de symptômes rares, de formes cliniques, qui ont considérablement obscurci le tableau. Si bien que la neurasthénie a fini par devenir, dans le cadre des maladies neuro-mentales, ce qu'est la grippe dans le domaine des affections fébriles, un diagnostic d'attente, — j'allais dire une excuse, — permettant tous les pronostics, du plus bénin au plus grave, aussi bien au point de vue de la vie qu'au point de vue de l'affaiblissement intellectuel qui la peut terminer.

Les efforts des anatomo-pathologistes pour donner à la maladie de Beard une place déterminée dans la nosographie ont été vains, jusqu'à présent. Le scalpel et le microscope ont été impuissants à découvrir aucune lésion appréciable pouvant déterminer la nature de cette maladie, à ce point que, se payant de mots, comme le dit Obersteiner (1), on en fait une maladie *fonctionnelle*.

Les bactériologistes n'ont point trouvé sa cause spécifique déterminante. Son étiologie, multiple et multipliée à l'infini par les auteurs, ne lui permet pas non plus de se faire une place nosographique déterminée. Les symptômes de la maladie de Beard,

---

(1) Obersteiner. *Les limites exactes des maladies nerveuses dites fonctionnelles.* Congrès de Paris, 1900.

[illegible] mais vagues par leur importance éminemment variable [illegible] les cas, ne réussissent qu'à la faire situer dans ce cadre, [illegible] lui-même, et que tous sentent n'être qu'un cadre d'attente, [illegible] névroses.

Le pronostic, la marche, l'évolution de la neurasthénie sont éminemment variables, et à ce point instables que l'on ne peut ni prévoir, ni savoir pourquoi la maladie s'arrête, continue ou s'aggrave.

Et le traitement de la maladie de Beard se ressent de toute cette incertitude. De toutes parts des méthodes nouvelles de traitement sont préconisées; les médicaments les plus opposés fournissent des succès entre les mains d'auteurs divers, et il n'est pas de maladie qui réponde aussi bien aux désirs des électro-thérapeutes, des physio-thérapeutes, des thalasso-thérapeutes et des médecins de villes d'eau.

Tant de traitements divers n'indiquent pas qu'on ait trouvé un spécifique. En réalité, les divers remèdes réussissent dans certains cas déterminés, et, je pense, par des circonstances souvent indépendantes de leur action coutumière. L'ascendant du médecin, la confiance qu'il sait imposer, le traitement moral qu'il pratique simultanément ont une action évidente, non moins que l'influence suggestive d'un traitement douloureux ou impressionnant, et que le calme d'esprit qu'amène le dépaysement vers une plage ou vers une ville d'eau.

Et il est compréhensible qu'on n'ait pas trouvé de spécifique contre une affection qui n'est qu'un syndrome (1), venant compliquer de façons diverses des affections organiques, et avec laquelle on confond habituellement des maladies mentales à évolution précise, parce qu'elles présentent ce syndrome à leur début (2).

C'est pourquoi nous avons intitulé notre étude : *les états neurasthéniques*. Avant d'étudier les divers modes de traitement,

(1) COIGNARD. Thèse de Paris, 1905.

(2) CHARLES L. DANA. *Boston med. and surgical journal*, vol. CL n° 13, p. 339-344, 31 mars 1905.

nous tâcherons de mettre en place les diverses sortes d'états neurasthéniques, nous efforçant d'amener quelque clarté dans le diagnostic, quelque sûreté dans le pronostic, et de permettre d'appliquer un traitement judicieux.

Ce qui caractérise le neurasthénique, dit le Dr Dubois, de Berne (1), c'est avant tout sa mentalité. Il présente tous les stigmates que l'on est accoutumé à rencontrer dans les psychonévroses (2) : une suggestibilité exagérée, une sensibilité générale ou spéciale anormale, une émotivité, une impressionnabilité morbides. Mais il les présente à un degré moins élevé que les hystériques, les hystéroneurasthéniques (3), les déséquilibrés de toute sorte qui encombrent la classe des psychonévroses.

Le stigmate que les neurasthéniques présentent au plus haut point, c'est la *fatigabilité*, l'épuisement facile (4). Il en est qui manifestent, dans tous les domaines de l'activité, cette insuffisance de leur capital d'énergie. Alors même qu'ils jouissent d'un embonpoint normal, qu'ils sont jeunes, bien musclés, exempts d'anémie, ils se plaignent avant tout de leur faiblesse, de leur asthénie. Ils ne peuvent supporter la station, la position assise, la marche. Parfois, ils se ressaisissent, se mettent à marcher, à faire de la bicyclette, voire même de l'équitation, mais ne leur demandez pas la continuité de l'effort; ils s'épuisent aussitôt, surtout si la tâche leur est imposée par des tiers. Il en est qui s'affaissent au bout de quelques minutes, qui se couchent à terre et ne retrouvent plus la force de regagner leur lit; il en est enfin qui ne quittent plus leur couche.

Au point de vue de l'activité intellectuelle, ils sont ce qu'ils étaient en face de l'exercice musculaire. Ils ne peuvent pas lire longtemps, ils ne peuvent fixer leur attention. Le moindre effort

(1) Dubois, de Berne. *Les psychonévroses et leur traitement moral*. Paris, Masson, 1904, p. 198.

(2) Maurice de Fleury. L'état mental neurasthénique, *Archiv. gén. de méd.*, 1904, p. 2964.

(3) Scialom. Thèse de Montpellier, 1902.

(4) Gilbert Ballet et Jean Philippe. Congrès de Bruxelles, 1903.

entraîne des maux de tête, des névralgies, des insomnies. Cette fatigue trouble les digestions, provoque des palpitations, fait naître les sensations les plus étranges, rend le caractère irritable et triste.

Enfin, nous trouvons la même idée d'impuissance au point de vue moral, et la futilité des motifs de découragement marque l'exagération de la réaction. Les uns font une scène de désespoir parce que leur lait leur a été apporté cinq minutes trop tard, les autres tombent dans un véritable état de sidération nerveuse parce que leur médecin habituel leur fait une visite sans être annoncé.

Et tout cela ne va pas sans des contradictions qui éclairent étrangement sur la véritable nature de cet épuisement. Alors qu'un neurasthénique se déclare incapable de tel effort, il en fait un autre qui lui est tout au moins égal, sinon supérieur. Déjerine (1) cite le cas d'une malade qui ne pouvait soulever le moindre objet, et qui pourtant, longuement, se coiffait seule, parce qu'elle était atteinte d'une hyperesthésie du cuir chevelu, et ne voulait pas se laisser coiffer par sa femme de chambre. D'autres malades qui se plaignent de ne pouvoir point lire parce que les lettres dansent devant leurs yeux sont capables d'écrire longuement.

Ainsi le neurasthénique est un individu dont la mentalité est avant tout atteinte. Tous les phénomènes — que nous avons cités — dont il se plaint résultent d'une auto-suggestion, qui est parfois de la phobie ; — témoin cette malade qui sentait ses jambes se dérober sous elle quand elle touchait un bouton de porte (2).

Cette mentalité, le malade l'avait originairement. Elle n'a fait que s'exagérer quand ses symptômes ont constitué un état neurasthénique. Il la doit à son hérédité. En fouillant celle-ci, on

(1) Déjerine (cité par Dubois, de Berne, *loc. cit.*, p. 191).

(2) Dubois (de Berne), *loc. cit.*, p. 193.

retrouve la trace de psycho-névroses similaires, et même de cas d'aliénation mentale, parmi ses ascendants.

En partant de ce principe que l'état mental domine la scène, nous voyons s'éclairer singulièrement la nature des grands symptômes neurasthéniques (1).

La céphalée, avec sa forme spéciale (galeatus), est fréquente, mais d'intensité variable, intermittente le plus souvent, aggravée par le travail intellectuel, les émotions morales, atténuée par les distractions. L'ingestion des aliments tantôt l'améliore, ou la fait disparaître momentanément, tantôt la provoque. Elle cède brusquement, ou s'aggrave lors d'un dépaysement, et peut même céder à une fatigue (2).

Les insommies sont souvent provoquées par un travail intellectuel, par les émotions. Elles surviennent parfois après un profond sommeil de deux à trois heures, ou parfois empêchent le sommeil jusqu'à une heure avancée de la nuit. Elles ne provoquent pas toujours une grande fatigue, et si un grand nombre de neurasthéniques sont plus fatigués au lever qu'au coucher, d'autres ne semblent pas pâtir d'insommies répétées. Ajoutons que les neurasthéniques exagèrent d'habitude notablement ce symptôme.

La rachialgie est inconstante. Elle est, de plus, fort variable dans sa persistance, son intermittence, ses moments et ses causes d'apparition, d'aggravation et de déclin. On la voit s'exagérer sous l'influence de causes purement psychiques, ou bien sous l'influence de causes physiques dans des conditions telles que s'y montre clairement la participation de préoccupations psychiques. L'imagination féconde des neurasthéniques vient encore donner à ce symptôme des apparences bizarres, anormales, contradictoires, sensation d'allongement et de baissement de la colonne vertébrale, craquement dans les mouvements du cou (3), sensa-

(1) Maurice de Fleury. *Les grands symptômes neurasthéniques.* Paris, Alcan, 1901.

(2) Lubetzki, Thèse de Paris, 1899

(3) Charcot (cité par Guinon).

tion de gouttes d'eau chaude ou froide coulant le long de la colonne vertébrale, etc...

Les troubles gastro-intestinaux que les auteurs s'accordent à rencontrer dans la maladie de Beard et à décrire au nombre de ses grands symptômes (1) sont éminemment divers, et leurs rapports avec la neurasthénie sont importants à déterminer. Dans certains cas, surtout dans les cas où le trouble gastro-intestinal est le symptôme « neurasthénique » le plus important, il s'agit d'une maladie concomitante. A ce titre, on peut observer toutes les maladies de l'estomac et de l'intestin. Leur action sur la genèse de l'état neurasthénique s'explique facilement ainsi : évoluant sur un terrain héréditairement prédisposé, elles exagèrent les stigmates neurasthéniques congénitaux; — alors qu'elles sont incapables de les créer chez un individu exempt de toute prédisposition névropathique. Il est alors évident — nous y reviendrons plus tard, — que le traitement de la maladie gastro-intestinale est des plus importants, et qu'il améliorera, en même temps qne cette affection, l'état neurasthénique qu'elle a provoqué.

Dans d'autres cas, des troubles gastro-intestinaux, légers, se rencontrent au nombre des symptômes des états neurasthéniques, et ne paraissent point dus à d'autres causes qu'à l'évolution de l'état neurasthénique. La constipation en est le phénomène le plus important (2). Cette stase des fèces dans l'intestin s'observe avec une fréquence remarquable dans les maladies mentales : dans la mélancolie, dans la manie (3), dans les psychoses des affections gastro-intestinales (4), dans la confusion mentale aiguë, dans la démence précoce. On la retrouve aussi dans les antécédents personnels de ces malades, mais surtout dans la période prédélirante des psychoses épisodiques

(1) Guinon. *Manuel de médecine*, t. IX.
(2) H. Bernard. *Gaz. hebdomadaire*, n° 20, p. 229, 11 mars 1900.
(3) Régis. *Précis de psychiatrie*. Doin, 1906.
(4) Feyat. Thèse de Lyon, 1890.

des congénitaux (débiles, dégénérés moyens (1), déséquilibrés). Enfin les névropathes de tous genres n'en sont pas exempts. Souques (2) note la constipation dans l'hystérie, Huet (3), dans la chorée.

La constipation semble donc être la règle dans un grand nombre de maladies mentales à leur période d'état ; dans d'autres maladies mentales (psychoses des débiles, des dégénérés moyens, des déséquilibrés, des hystériques), elle précède l'apparition des délires épisodiques, et semble même à ce point un phénomène habituel chez eux, qu'on pourrait la considérer comme un stigmate de dégénérescence (4). Il ne faut donc pas s'étonner de trouver la constipation chez les neurasthéniques congénitaux au même point que les dégénérés de tous genres. Au surplus, il ne saurait être étonnant de le voir s'établir chez des individus que leur épuisement rend éminemment sédentaires.

De cette constipation dépendent les troubles gastro-intestinaux légers que l'on observe chez les malades dont nous parlons : les digestions pénibles (5), l'état saburral de la langue, l'anorexie, qui, d'ailleurs, est très variable. Ces troubles gastro-intestinaux sont fréquemment contradictoires, comme les autres symptômes neurasthéniques ; on voit des digestions faciles succéder à des repas longs et abondants, tandis que des repas très légers amènent des digestions pénibles. Ces contradictions indiquent bien la nature exacte de ces troubles.

A ces grands symptômes neurasthéniques, auxquels les auteurs joignent l'état mental et l'asthénie musculaire, viennent s'ajouter quantité de symptômes anormaux, rares ou variables, qui peuvent dénoter des troubles de tous les organes, de tous les

(1) Morel. *Les dégénérescences.*

(2) Souques. *Manuel de médecine*, t. IX.

(3) Huet. *Manuel de médecine*, t. IX.

(4) Iscovesco. *Bulletin médical* n° 31, p. 359, 22 avril 1905.

(5) Bardet. *Les états neurasthéniques d'origine dyspeptique.* Soc. de Thérap., 12 décembre 1900.

... tout le tégument de l'individu (1). De ces symptômes les uns sont directement en rapport avec l'état mental, d'autres sont des maladies concomitantes, déterminant l'exagération de l'état mental neurasthénique chez des congénitaux, mais incapables par eux-mêmes de les créer chez des individus non tarés héréditairement.

Ainsi, le neurasthénique est avant tout *classé* par sa mentalité. On le sait de reste : cliniquement, un malade n'est pas qualifié neurasthénique parce qu'il a des maux de tête, des insomnies, des troubles gastriques ou des pertes séminales; mais parce que ces symptômes, il les exagère dans son esprit, il leur donne en en parlant un cachet particulier, et de plus parce que lui-même est un suggestible, un hyperesthésique, un émotif, et surtout un fatigable, un épuisé, un asthénique.

Cet état mental, qui fait que Beard a donné à la maladie qu'il a décrite le nom de neurasthénie, est essentiel. Les autres symptômes peuvent manquer. Non pas tous ensemble (car de quoi serait faite la préoccupation du neurasthénique?), mais ils peuvent, isolément, s'ajouter à l'état mental, constituant des formes monosymptomatiques que les auteurs ont observées et décrites :

*Une forme cérébrale*: céphalée, troubles de la mémoire, vertiges (Charcot) (2);

*Une forme spinale* (3) : rachialgie, troubles des sphincters et de la marche;

*Une forme gastrique* (Hayem) (4);

*Une forme gastro-intestinale* (Glénard) (5);

---

(1) André (de Toulouse). *La dyspnée des neurasthéniques*. Congrès de Paris, 1900.

Dubois (de Berne). Congrès de Bruxelles, 1903.

S. Dunogier. Odontalgie neurasthénique. *Gaz. hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux* 20 novembre 1904, n° 47.

(2) Charcot (cité par Guinon).

(3) Scherb (d'Alger). *Revue neurologique* 1900, p. 1130.

(4) Hayem. *Presse méd.*, 26 août 1899, p. 68.

(5) Glénard (cité par Guinon).

*Une forme génitale* ;

*Une forme vésicale* (Guyon) (1) ;

*Une forme hémi-neurasthénique.*

*Des neurasthénies locales* (2) « dans lesquelles l'attention est attirée presque exclusivement par un symptôme : algies diverses, angine de poitrine (3), asthme nerveux (4), etc. » (5).

La seule chose qui ne manque jamais, — ou sans cela le diagnostic de neurasthénie n'est pas porté, — c'est l'état mental neurasthénique.

Aussi étudierons-nous les états neurasthéniques sous trois titres différents :

1° *Etats neurasthéniques idiopathiques.* Sous titre I : Etats neurasthéniques avec délire : neurasthénie mélancoliques (6).

2° *Etats neurasthéniques symptomatiques* de maladies :

Gastro-intestinales (7) ;

Hépatiques (8) ;

Génitales (9) ;

Pulmonaires (neurasthénie des tuberculeux) (10) ; urinaires (11) ;

Générales : paludisme (12) ; arthritisme (13) ; cardiovasculaires (14) ; etc...

---

(1) Guyon (cité par Guinon).

(2) Huchard (cité par Régis) ; Weill (cité par Régis).

(3) Schott (cité par Régis).

(4) Brugelmann (cité par Guinon).

(5) Guinon. *Manuel de médecine*, t. IV, p. 384.

(6) Allen Star. *New.-York medical Record*, 11 mai 1901.

(7) Boissier (cité par Régis).

(8) Gilbert et Lereboullet (cités par Régis).

(9) Régis. *Précis de psychiatrie*, Doin, 1906.

(10) Papillon. La neurasthénie prétuberculeuse (*Archives des Soc. méd. de Bucharest*, 1900, p. 19, 39).

(11) Guyon (cité par Guinon).

(12) Régis.

(13) Lemoine. *Nord médical*, 15 janvier 1903, p. 15.

(14) Lancereaux, Grasset, Kowalewski, Windscheid (cités par Régis).

3° *Etats neurasthénoïdes au cours de maladies mentales :*

Mélancolie neurasthénique chez les intermittents (1);

Psychose systématisée progressive (période de début) (2);

Démence précoce (période prodromique) (ancienne *neurasthénie juvénile*) (3);

Confusion mentale aiguë (période initiale) (4);

Paralysie générale (période initiale) (5);

Démence sénile (période initiale, ancienne *neurasthénie sénile*) (6).

Ultérieurement nous nous étendrons sur le traitement, mais on peut concevoir dès maintenant combien il sera différent selon ces cas.

(*A suivre.*)

---

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

## L'opération de la cataracte à travers les âges,

par le Dr P. BAILLIART.

La cataracte, si répandue dans tous les coins du monde, semble avoir été connue de tous les temps. Ignorant la cause exacte de l'affection qui ne fut connue qu'assez tard, les premiers oculistes devaient évidemment ranger sous la même dénomination les causes de cécité les plus diverses.

Les Égyptiens la connaissaient déjà, mais ils semblent en avoir ignoré le traitement chirurgical; sans doute ils se bornaient à

---

(1) PIERRE PRÉGOWSRI (de Heidelberg), *Congrès de Madrid*, 1903.

(2) LASÈGUE. *Leçons cliniques.*

(3) DENY et ROY. Paris, 1901. LUIGI CAPPELLETTI. *Riforma medica*, 29 avril 1903, n° 17.

(4) SÉGLAS. *Leçons cliniques.*

(5) KRAFFT EBBING, FOURNIER, MAGNAN et SÉRIEUX, BALLET, HIRSCHL (cités par Régis).

(6) KUSSMAUL, TUCKZECK, PARISOT (de Nancy), *XIIIe Congrès de médecine*, Paris, 1900.

employer contre elle, comme contre toutes les affections oculaires, les produits les plus divers, dont les excréments d'animaux, l'urine, le miel ou le sang, l'antimoine ou le suc de chélidoine étaient presque toujours la base.

C'est avec l'arrivée des médecins grecs, élèves de l'Ecole d'Alexandrie, à Rome, que l'oculistique entre dans une voie un peu scientifique, et c'est de cette époque que semble dater le traitement chirurgical de la cataracte. On trouve la première description du manuel opératoire dans Celse : il dit les procédés pour pratiquer l'abaissement de la cataracte, et ajoute que si la cataracte remonte pour venir à nouveau obstruer la pupille, il faut, avec l'aiguille, la réduire en morceaux aussi petits que possible qui par la suite seront moins gênants.

Galien recommandait aussi l'abaissement ; il semble d'ailleurs avoir connu, sinon pratiqué lui-même l'extraction de la cataracte. D'ailleurs, après lui, l'extraction, sans doute à cause des mécomptes qu'elle donnait, tomba complètement et pour fort longtemps dans l'oubli.

Les médecins arabes, héritiers de l'enseignement des Grecs, pratiquèrent eux aussi l'abaissement de la cataracte ; ils adoptèrent en outre un procédé nouveau, celui de l'aspiration au moyen d'une aiguille creuse.

Il est certain également que quelques-uns d'entre eux pratiquèrent, mais toujours d'une façon absolument exceptionnelle, l'extraction de la cataracte.

Vers le même moment, l'oculistique était beaucoup moins avancée en Occident. L'ophtalmologie dédaignée des médecins et des chirurgiens était uniquement entre les mains de spécialistes « sans maîtrise ni diplôme » qui pratiquaient seulement l'abaissement de la cataracte et le broiement de la pierre vésicale.

L'ignorance resta aussi complète jusqu'au milieu du XVII[e] siècle.

Vers ce moment deux Français, Pierre Borel et Quarré, reconnaissaient la véritable origine de la cataracte : l'opacification du cristallin. Cette vérité fut d'ailleurs encore bien longtemps contestée jusqu'au jour où successivement, vers le début du

XVIII[e] siècle, Pierre Brisseau et Maître Jan vinrent affirmer que la cataracte est bien constituée par l'opacification du cristallin.

A partir de ce moment, la cataracte est couramment opérée; des opérateurs ambulants, qui pouvaient prendre le nom d'oculistes experts, parcouraient la province et abaissaient les cataractes; ils n'étaient pas forcément chirurgiens, la Faculté semblant toujours dédaigner l'oculistique.

L'abaissement de la cataracte était la seule méthode employée; quelques noms s'y sont illustrés à côté de celui de Maître Jan : Charles de Saint-Yves, Jean-Louis Petit, Pierre Demours, Jean Janin, l'abbé Desmonsceaux qui le premier semble avoir connu l'extraction du cristallin comme traitement de la myopie forte, Pellier de Quengsy.

Ce procédé par abaissement se recommandait par son extrême simplicité opératoire. Les chirurgiens de cette époque aimaient peu vulgariser leur méthode; quelques-uns d'entre eux nous ont cependant laissé des détails fort complets sur l'opération elle-même.

La préparation du sujet jouait un très grand rôle; l'opéré, plusieurs jours auparavant, était soumis à la diète et à des saignées répétées.

Dans un ouvrage très remarquable de la fin du XVIII[e] siècle, « *la Médecine opératoire* de Sabatier », on trouve une description tout à fait claire du procédé tel qu'il était le plus généralement employé : « Le malade placé dans un lieu suffisamment « éclairé était assis sur une chaise un peu basse de sorte que le « jour tombât de côté sur l'œil malade. L'œil sain était couvert « avec un bandeau, la tête était appuyée sur la poitrine d'un « aide placé derrière lui, et chargé de la contenir d'une main, et « de relever la paupière supérieure de l'autre. Le chirurgien « assis vis-à-vis sur une chaise un peu plus élevée abaissait la « paupière inférieure avec les doigts de l'une de ses deux mains, « et s'il opérait sur l'œil gauche, il prenait de la main droite « l'aiguille dont il allait se servir et *vice versa*... Cet instrument « était tenu comme une plume à écrire... Le chirurgien appuyait

« les deux derniers doigts de sa main sur la tempe du malade, « près de l'angle externe des paupières pour y prendre un point « d'appui, et pour attendre le moment d'en faire usage. Il plon- « geait l'aiguille dans l'œil du côté externe, un peu en dessous « du diamètre transversal de la cornée, et à une ligne et demie « de distance de cette partie... L'aiguille était poussée dans une « direction transversale jusqu'à ce qu'on fût arrivé vers le milieu « du cristallin. Alors le chirurgien baissait le manche de son « instrument, en élevait la lame au niveau du bord supérieur de « ce corps, et après en avoir fait tourner le manche entre ses « doigts, pour que les faces de la lame devinssent transversales, « il appuyait sur le cristallin et l'abaissait lentement jusque der- « rière la partie inférieure de l'iris. A mesure que le corps des- « cendait, le chirurgien voyait la marche de l'aiguille et la pru- « nelle s'éclaircissait. Lorsqu'au bout de quelques instants il « avait lieu de croire que le cristallin était fixé dans le lieu qu'il « venait de le forcer d'occuper, il cessait d'appuyer l'aiguille dessus, « ramenait l'aiguille dans une situation transversale, faisait tourner « une seconde fois le manche de cet instrument entre les doigts « pour en disposer les faces et les bords dans le sens qu'ils avaient « lors de son introduction, et il le retirait de l'œil avec lenteur. « Il lâchait la paupière inférieure et prescrivait à l'aide qui con- « tenait la supérieure de l'abandonner à elle-même pour qu'elles « puissent se rapprocher. » Après que le malade, tourné à contre jour, avait pu distinguer quelques objets qu'on lui pré- sentait, il restait, jusqu'à guérison, enfermé dans la chambre noire. Quant au pansement, il était toujours appliqué sur les deux yeux. Maître Jan, après description de son procédé opéra- toire, recommande le pansement suivant : « L'opération faite, on « ferme les paupières, on applique sur tout l'œil une compresse « en plusieurs doubles trempée dans un collyre fait avec l'eau « rose, l'eau de plantain et un blanc d'œuf battus ensemble « et si le malade avait quelque aversion pour l'eau rose à cause « de son odeur que quelques personnes ne peuvent souffrir « comme quelques femmes ou filles, on le ferait avec l'eau de

« plantain seule et le blanc d'œuf; on bande ensuite l'œil « malade, bandant aussi l'œil sain sur lequel on laisse la com-« presse. »

L'abaissement donnait souvent des mécomptes : l'aiguille, ayant piqué quelque vaisseau ciliaire déterminait une violente hémorragie empêchant l'opération, ou bien le cristallin abaissé ne tardait pas à remonter, obstruant de nouveau la pupille. Il est vraisemblable aussi que des cas d'irritation sympathique, due à la pression du cristallin contre la région ciliaire, devaient suivre l'opération. Le nombre des insuccès était considérable; en France, nous n'avons pas de statistique de cette époque. En Allemagne, au contraire, où les oculistes de réputation étaient fort nombreux, la proportion des succès était infinitésimale. D'après Heister, sur les opérations pratiquées vers 1750 il y avait à peine 1 p. 100 de succès définitif. Le chiffre est sans doute un peu exagéré, mais il est très probable qu'après un beau résultat immédiat le chiffre des mécomptes devait être considérable.

C'est en 1752 que Daviel fit part à l'Académie de chirurgie de son nouveau procédé par l'extraction de la cataracte. Cette date est capitale dans l'histoire de l'ophtalmologie.

Le procédé n'était cependant pas absolument inconnu jusque-là. Galien mentionne déjà l'extraction; les médecins arabes semblent également l'avoir connue, mais, en somme, ce procédé opératoire paraissait avoir été complètement oublié pendant la longue période qui précéda la découverte de Daviel.

Quelques ambulants, praticiens de l'oculistique, dès la fin du XVII$^{e}$ siècle auraient eu l'idée d'attirer la cataracte hors de l'œil; quelques-uns employaient une sorte d'hameçon d'or, très fin, monté sur une corde de boyau pour aller tirer la cataracte. Il existait également des sortes d'aiguilles ayant le mouvement de pincettes pour saisir le cristallin. Sabatier nous rapporte qu'Albinus en 1694 vit deux hommes parcourant les provinces lui présenter ces outils dont ils étaient les inventeurs.

Il arriva également que des cristallins luxés soit à la suite d'un traumatisme, soit par abaissement dans la chambre antérieure

en furent retirés par incision de la cornée. Mais ce n'était certainement pas là un procédé opératoire.

Daviel plaçait son malade comme pour l'abaissement; avec une aiguille large en fer de lance, il pratiquait, un peu au-dessous du diamètre horizontal de la cornée une incision qu'il élargissait avec une sorte de bistouri à pointe mousse, ou, si cela était nécessaire, avec des ciseaux, en faisant toujours porter la section un peu en avant du limbe; le lambeau ainsi obtenu devait avoir comme étendue la moitié de la cornée. Il le relevait alors avec la spatule, puis incisait la cristalloïde antérieure, soit au moyen d'une aiguille, soit au moyen des ciseaux et des pinces, pour l'extraire en partie s'il jugeait la membrane assez épaisse pour gêner plus tard la vision. Avec de légères frictions exercées sur le globe, il faisait alors sortir le cristallin cataracté.

Le succès de Daviel fut considérable. De fait, il avait créé le manuel opératoire tel qu'il est encore employé aujourd'hui. Sur 226 personnes qu'il avait opérées de cette manière il affirmait à l'Académie avoir eu 182 succès. L'Académie, étonnée d'une telle proportion qui était exactement l'inverse de celle obtenue jusque-là, chargea un de ses associés de Reims, le chirurgien Caqué, d'enquêter à ce sujet. Caqué, ayant examiné dans cette ville 34 opérés de Daviel, constata 17 succès parfaits, 8 succès médiocres et 9 insuccès complets.

Le procédé fut presque immédiatement adopté. Ce qui paraissait difficile, c'était d'immobiliser l'œil. Il ne s'agissait plus en effet d'une opération facile, presque sans danger; l'œil étant ouvert, le moindre mouvement pouvait amener la perte du corps vitré. L'opération était d'autant plus difficile que les quelques appareils connus sous le nom d'ophtalmostats ou de *speculum oculi*, inventés par J.-L. Petit, Pamard, Heister, dans le but de maintenir le globe, avaient été bientôt abandonnés. Guérin construisit un appareil destiné à immobiliser la cornée pendant qu'une lame, déclanchée par un ressort, coupait d'un seul coup le lambeau cornéen. C'était un appareil très dangereux, on le reconnut bien; vite il appuyait sur la cornée, vidait souvent le

corps vitré et agissait toujours au hasard. La chirurgie oculaire, plus que tout autre, attend plus de l'habileté manuelle que de l'ingéniosité mécanique. L'instrument tomba vite dans l'oubli.

Il est curieux de constater que la merveilleuse méthode imaginée par Daviel cessa d'être employée vers la fin du XVIIIe siècle; on lui préféra l'abaissement, décidément plus facile à pratiquer. Seules les écoles d'Angleterre et de Vienne conservèrent le procédé. En France, cependant, Demours et avec lui quelques opérateurs brillants préféraient l'extraction à l'abaissement. C'est seulement vers 1830 que la méthode de Daviel fut définitivement reprise, pour ne plus être abandonnée. Desmarres, Roux, Sichel la perfectionnèrent dans ses détails.

Entre temps, on avait essayé, dans certains cas où le noyau paraissait peu volumineux, l'extraction linéaire de la cataracte. Le lambeau cornéen était remplacé par une simple incision en quart de cercle de la cornée. Pour appliquer le procédé aux cataractes séniles, de Graefe, inventeur de l'instrument qui reste le modèle de tous les couteaux à cataracte, élargit l'incision linéaire en la reportant à la périphérie, et faisant en réalité une extraction à lambeau, mais à très petit lambeau. En même temps et toujours pour faciliter la sortie du cristallin, il combinait l'iridectomie à la section de la cornée.

Aujourd'hui l'extraction linéaire est abandonnée. L'extraction à grand lambeau, lambeau supérieur, le plus employé, ou lambeau inférieur, celle de Daviel, demeure seule employée. Le procédé de Graefe n'est cependant pas resté inutile; l'iridectomie est maintenant couramment pratiquée soit avant, soit pendant l'opération de la cataracte. C'est le seul détail important qui fasse différer les méthodes actuelles : extraction avec ou sans iridectomie.

Telle est l'histoire de l'opération de la cataracte, qui a toujours été et reste aujourd'hui la principale des interventions oculaires. C'est à sa pratique que s'est toujours révélée et que se révèle encore la science opératoire de l'oculiste.

# CARNET DU PRATICIEN

## Traitement des varices.

(A. Robin.)

La peau des variqueux, un peu indurée, est le siège de deux ordres de douleurs, spontanées et provoquées. Les premières consistent en fourmillements, pesanteurs, crampes, lourdeurs, sensations de lassitude; les secondes, en points endoloris aux condyles internes des fémurs, au niveau des tendons de la patte d'oie, au-dessus du mollet, en arrière des creux poplités, à la région malléolaire, où existe un bourrelet plus ou moins débordant, plus ou moins mou avec des varicosités superficielles sur le trajet de la saphène interne et de la crurale et sur les régions dorsales inférieures et sacro-lombaires, qui sont aussi le siège de tiraillements.

1° Il faut diminuer la dilatation veineuse ou l'empêcher d'augmenter;

2° Atténuer les symptômes ;

3° Eviter les complications plus graves, dont la rupture variqueuse et l'induration éléphantiasique de la peau sont les incidents précurseurs.

*Hygiène.* — Il n'y a pour les variqueux que deux situations : ou marcher ou avoir les jambes allongées; pas de station debout; pas assis les jambes pliées; pas de jarretières, mais des jarretelles; pas de corset serré; extrême propreté des téguments; régularité des fonctions intestinales.

*Régime.* — Diminuer fortement dans l'alimentation la quantité des aliments animaux (de la viande en particulier), des aliments excitants tels que : sauces, épices, moutarde, charcuterie, foie gras, rognons, foie de veau, ris de veau, gibier, fromage, salade, homard, écrevisses, langouste, salaisons, truffes, champignons.

Supprimer le vin, les boissons alcooliques, le champagne, le café. Le *thé* est permis mais *très léger.*

Pendant des mois, prendre tous les matins dans un peu d'eau VI gouttes de :

| | | |
|---|---|---|
| Teinture d'hamamelis virginica........ | | |
| — de viburnum prunifolium..... | } | ââ 6 gr. |
| — de chardon-marie............ | | |

Mêlez et filtrez.

La continuité de la dose est préférable à l'intensité, qui pourrait produire en peu de temps des troubles gastriques.

Pour diminuer le processus sclérosant, prendre tous les jours matin et soir, une pilule de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 *d'iodure de potassium.*

Compléter la médication par un traitement local qui est ici très important par :

L'enveloppement humide du membre malade par des compresses imprégnées *d'eau de Goulard* laissées à demeure toute la nuit avec taffetas gommé, ouate et bande de flanelle par-dessus.

Ou des onctions faites tous les soirs sur la région malade avec :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium.................... | 4 gr. |
| Ergotine Bonjean ........................ | 3 » |
| Extrait de noix vomique.................. | 1 » |
| Axonge benzoïnée........................ | 30 » |

*F. s. a.* une pommade.

L'iodure de potassium agit ici comme résolutif; l'extrait de noix vomique excite l'innervation ; l'ergotine a une action directe sur la musculature veineuse.

Porter des bas à varices. Une bande Velpeau que l'on peut faire monter au-dessus du genou est souvent à préférer.

On peut, quand il n'y a plus de douleurs, faire un peu de massage, mais celui-ci sera superficiel, pratiqué non avec la pulpe des doigts mais avec la paume de la main et ne devra pas écraser les corps durs qui sont des veines atteintes de périphlébite. Le but du massage doit être de stimuler la circulation périphérique et de décharger la circulation veineuse. Il sera d'autant plus efficace qu'il sera pratiqué après un séjour d'une demi-heure

environ dans un bain où l'on aura préalablement mis un sac de son et un rouleau de *sels naturels* ou *artificiels de Bagnoles.*

Comme *complications* des varices :

*Ruptures* dans l'épaisseur des tissus,justiciables de repos, compression ouatée, pansement gélatine, perchlorure de fer, antipyrine.

*Eczéma, dermite*, seront traités par l'enveloppement avec des compresses imprégnées de :

| | |
|---|---|
| Silicate de soude.................... | I à II gr. |
| Eau distillée........................ | 100 » |

Mêlez.

Ou par lotions simples avec ce même liquide et applications très superficielles, après dessiccation, de *baume du Commandeur.*

*Ulcère variqueux.* — Pansement à la liqueur de Labarraque, bandelettes imbriquées de diachylon.

*Phlébites.* — Applications de collargol s'il y a inflammation. Celle-ci disparue, applications légères de :

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode......................... | 10 gr. |
| Laudanum de Sydenham............... | 5 » |

Mêlez, usage externe.

Ici la teinture d'iode ne fait pas révulsion, elle s'absorbe et favorise la résolution du caillot. Par son mélange au laudanum, elle perd ses propriétés irritantes.

Faire en saison une cure à Bagnoles-de-l'Orne : Grande Source en bains ; Petite Source ou des fées, des dames, en boisson.

Ou encore Luxeuil, Plombières, Néris, Bagnères-de-Bigorre, Ussat dans l'Ariège.

Pas d'eaux sulfureuses.

CH. A.

Pendant des mois, prendre tous les matins dans un peu d'eau VI gouttes de :

| | | |
|---|---|---|
| Teinture d'hamamelis virginica........ | | |
| — de viburnum prunifolium..... | } | ââ 6 gr. |
| — de chardon-marie............ | | |

Mêlez et filtrez.

La continuité de la dose est préférable à l'intensité, qui pourrait produire en peu de temps des troubles gastriques.

Pour diminuer le processus sclérosant, prendre tous les jours matin et soir, une pilule de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 *d'iodure de potassium.*

Compléter la médication par un traitement local qui est ici très important par :

L'enveloppement humide du membre malade par des compresses imprégnées *d'eau de Goulard* laissées à demeure toute la nuit avec taffetas gommé, ouate et bande de flanelle par-dessus.

Ou des onctions faites tous les soirs sur la région malade avec :

| | | |
|---|---|---|
| Iodure de potassium.................... | 4 | gr. |
| Ergotine Bonjean........................ | 3 | » |
| Extrait de noix vomique................. | 1 | » |
| Axonge benzoïnée........................ | 30 | » |

*F. s. a.* une pommade.

L'iodure de potassium agit ici comme résolutif; l'extrait de noix vomique excite l'innervation ; l'ergotine a une action directe sur la musculature veineuse.

Porter des bas à varices. Une bande Velpeau que l'on peut faire monter au-dessus du genou est souvent à préférer.

On peut, quand il n'y a plus de douleurs, faire un peu de massage, mais celui-ci sera superficiel, pratiqué non avec la pulpe des doigts mais avec la paume de la main et ne devra pas écraser les corps durs qui sont des veines atteintes de périphlébite. Le but du massage doit être de stimuler la circulation périphérique et de décharger la circulation veineuse. Il sera d'autant plus efficace qu'il sera pratiqué après un séjour d'une demi-heure

environ dans un bain où l'on aura préalablement mis un sac de son et un rouleau de *sels naturels* ou *artificiels de Bagnoles.*

Comme *complications* des varices :

*Ruptures* dans l'épaisseur des tissus, justiciables de repos, compression ouatée, pansement gélatine, perchlorure de fer, antipyrine.

*Eczéma, dermite,* seront traités par l'enveloppement avec des compresses imprégnées de :

| | |
|---|---|
| Silicate de soude.................... | I à II gr. |
| Eau distillée........................ | 100 » |

Mêlez.

Ou par lotions simples avec ce même liquide et applications très superficielles, après dessiccation, de *baume du Commandeur.*

*Ulcère variqueux.* — Pansement à la liqueur de Labarraque, bandelettes imbriquées de diachylon.

*Phlébites.* — Applications de collargol s'il y a inflammation. Celle-ci disparue, applications légères de :

| | |
|---|---|
| Teinture d'iode........................ | 10 gr. |
| Laudanum de Sydenham............... | 5 » |

Mêlez, usage externe.

Ici la teinture d'iode ne fait pas révulsion, elle s'absorbe et favorise la résolution du caillot. Par son mélange au laudanum, elle perd ses propriétés irritantes.

Faire en saison une cure à Bagnoles-de-l'Orne : Grande Source en bains ; Petite Source ou des fées, des dames, en boisson.

Ou encore Luxeuil, Plombières, Néris, Bagnères-de-Bigorre, Ussat dans l'Ariège.

Pas d'eaux sulfureuses.

CH. A.

# BIBLIOGRAPHIE

*Les anesthésiques généraux*, au point de vue chimico-physiologique, par le Dr Nicloux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-18 de 200 pages avec 30 figures dans le texte. O. Doin, éditeur. Prix : 3 fr.

L'auteur a étudié l'éther, le chloroforme, le chlorure d'éthyle et le protoxyde d'azote, tant au point de vue chimique qu'au point de vue physiologique. L'ouvrage sera consulté utilement par tous ceux qui ont à se documenter largement sur ces produits, soit pour écrire, soit pour discuter sur leurs avantages thérapeutiques. Le plus souvent, les traités classiques de matière médicale contiennent trop peu de renseignements, il était donc utile de ramasser dans un seul volume tout ce qui peut être dit sur des produits particulièrement intéressants.

*Le Cancer*, par le Dr Ménétrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. 1 vol. grand in-8 de 972 pages, avec 114 figures. Broché : 12 fr. ; cartonné : 13 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Notre connaissance actuelle du cancer est basée à la fois sur la clinique, l'anatomie pathologique à l'œil nu, la chimie, l'expérimentation physiologique et l'histologie.

Mais c'est, en dernière analyse, l'histologie seule qui peut présentement nous guider dans l'étude du cancer. C'est elle qui, en nous apprenant la nature cellulaire du néoplasme, et en nous montrant avec certitude le moment où il devient infectant, c'est-à-dire cancéreux, nous en permet une reconnaissance assurée et nous fournit les caractères dont nous pourrons tirer une définition du mal.

De ces données entièrement positives, et sans y faire entrer aucune hypothèse pathogénique, M. Ménétrier tire sa définition :

Caractérisé cliniquement par une tumeur locale, apparente ou cachée, selon l'organe dans lequel il se développe, et qui progressivement envahit et empoisonne l'organisme entier, le cancer n'est pas une maladie, mais un processus morbide. C'est un processus d'auto-infection de l'organisme par des cellules de l'organisme, cellules proliférées, envahissantes et destructrices des éléments normaux avec lesquels elles entrent en conflit. Tous les éléments cellulaires de l'organisme sont éventuellement capables de cette activité pathogène, exactement dans la mesure ou ils sont capables de prolifération et d'hyperplasie régénératrices, irritatives ou compensatrices, fonctions normales dont le processus cancéreux représente la déviation pathologique.

Voici un aperçu des matières traitées par le Dr Ménétrier, dans le remarquable volume illustré de nombreuses figures entièrement nouvelles, qu'il vient de publier dans le *Nouveau Traité de Médecine*.

I. *Le cancer. Son histoire. Ses caractéristiques.* — II. *Le processus cancéreux.* — La cellule cancéreuse. Modes de multiplication. Chimie des cancers. Biologie expérimentale. Les états des processus cancéreux. Les états morbides préparatoires au développement du cancer. Le début des cancers. Croissance et extension du cancer primitif. Envahissement et généralisation. Métastases, évolution discontinue. Récidives. La réaction des tissus en présence du cancer. L'action locale du cancer. Retentissement sur l'organisme, évolution clinique et diagnostic. — III. *Formes et variétés des cancers. Cancers épithéliaux.* Cancers de la peau. Cancers des glandes annexes des revêtements cutanés. Glandes sudoripares et sébacées. Glande mammaire. — Cancers développés aux dépens des revêtements épithéliaux à épithéliums cylindriques et des glandes y annexées. Cancers des bronches et du poumon, de l'estomac, de l'intestin, de la muqueuse utérine. — Cancers des glandes annexes du tube digestif. Glandes salivaires et buccales. Foie et voies biliaires. Pancréas. — Glandes viscérales et parenchymes épithéliaux. Cancers du rein et des voies urinaires. Epithéliomes du testicule et de l'ovaire. Cancers épithéliaux des glandes vasculaires sanguines et des organes des sens. — Cancers du tissu nerveux. — *Cancers des tissus conjonctivo-vasculaires. Sarcomes. — Tumeurs à tissus multiples. Tératomes et embryomes. Leur évolution cancéreuse.* — IV. *Etiologie.* — V. *Pathogénie.* Théories parasitaires. Théories cellulaires. — VI. *Traitement.* Traitement chirurgical. Traitement par les agents physiques. Radiothérapie. Sérothérapie. Bactériothérapie. Toxinothérapie. Traitements palliatifs et symptomatiques

***Consultations et formulaire de thérapeutique obstétricale*** par les Drs P. Rudaux, accoucheur des hôpitaux de Paris et P. Cartier, chef de laboratoire de la faculté à la Maternité de Beaujeon. 1 volume de 240 pages in-18, imprimé sur beau papier et relié avec couverture souple. Prix : 4 fr. 50. Net 4 fr. Chamoy, éditeur, 9, rue d'Assas, Paris.

Indiquer au praticien la ligne de conduite à suivre dans les principaux cas se rapportant à l'obstétrique, soit en utilisant les moyens classiques, soit en recourant à des moyens de fortune, tel est le but de ce livre.

La distance qui sépare la pratique hospitalière de la pratique urbaine est considérable, nous nous en sommes tous rendu compte dans nos débuts professionnels. Le plus souvent, en effet, les praticiens sont obligés de tout organiser dans les milieux où ils pénètrent, aussi les auteurs ont jugé nécessaire d'entrer dans des questions de détail. Le médecin doit posséder les connaissances dès le jour où il exerce, et ne pas attendre de les acquérir par l'expérience.

Après avoir rappelé dans le style le plus concis la conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches normales, les auteurs ont envisagé les cas pathologiques ou dystociques qui se présentent en clinique obstétricale. Ils en ont exposé la thérapeutique en se rapprochant le plus possible de la forme « Consultations ».

Ils ont cru utile de terminer un livre de ce genre par un formulaire renfermant un grand nombre de formules applicables à la femme enceinte ou nouvellement accouchée

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Chimie médicale.

**Moyen de distinguer l'albumine vraie de la substance mucinoïde des urines**, par MM. Grimbert et Dufau (*Rép. de Pharm.*). — MM. Lecorché et Talamon ont indiqué (1888) un procédé pour caractériser la mucine existante dans l'urine ; il suffit de verser l'urine sur une solution sirupeuse d'acide citrique. « Si l'urine est normale et contient par conséquent une faible proportion de mucus, disent les auteurs en question, il faut attendre une à deux miuutes ; on voit alors apparaître, au point de contact, un mince anneau ou un léger disque un peu trouble, fourni par la mucine précipitée. L'anneau ou le disque est d'autant plus épais et se forme d'autant plus rapidement que l'urine est plus riche en mucus. »

Les recherches de MM. Grimbert et Dufau leur ont montré qu'en effet la réaction précédente permet de différencier nettement la substance mucinoïde (corps mucoïde, pseudo-albumine ou mucine des anciens auteurs), d'avec l'albumine pathologique.

La technique à suivre consiste à préparer d'abord une solution d'acide citrique en faisant dissoudre à chaud 100 grammes de cet acide dans 75 grammes d'eau distillée ; on laisse refroidir ; pour l'essai, on verse quelques centimètres cubes de la solution sirupeuse dans un tube, et, à l'aide d'une pipette très effilée, appliquée contre la paroi, on fait arriver lentement l'urine filtrée, de manière à la déposer sans secousses sur la solution d'acide citrique.

D'autre part, on opère de la même manière et avec les mêmes précautions sur de l'acide azotique, pour faire la réaction de Heller.

Trois cas peuvent se présenter :

1° *L'urine ne renferme que de la substance mucinoïde.* — Il se forme alors, au contact de la surface de séparation de l'acide citrique et de l'urine, une zone nébuleuse, plus ou moins intense, qui n'acquiert toute sa netteté qu'au bout d'une ou deux minutes. Parfois la nébulosité envahit la totalité de l'urine surnageante.

Sur l'acide azotique : pas d'anneau albumineux *au contact de l'acide*, mais une zone nébuleuse, toujours située au-dessus du plan de séparation des deux liquides. Lorsque la quantité de substance mucinoïde est faible, c'est à peine s'il se forme un léger louche à un centimètre au-dessus de ce plan. Il n'est pas possible de confondre cette réaction avec la formation du disque opaque, nettement tranché, qui se forme toujours au contact de l'acide nitrique avec les urines contenant même seulement des traces d'albumine pathologique ;

2° *L'urine ne renferme que de l'albumine pathologique.* — Sur l'acide citrique, on n'observe aucun trouble, même avec des urines renfermant jusqu'à 6 et 8 grammes d'albumine par litre.

Sur l'acide nitrique, il se forme un anneau albumineux ; plus ou moins épais, toujours nettement tranché et *au contact même de l'acide nitrique* ;

3° *L'urine renferme à la fois de la substance mucinoïde et de l'albumine.* — Dans ce cas, on obtient le trouble au contact de l'acide citrique et le disque albumineux au contact de l'acide nitrique ; de plus, si la proportion de substance mucinoïde est assez forte, on remarque, au-dessus du disque albumineux et séparé de celui-ci par une zone limpide, l'anneau nébuleux dû à la substance mucinoïde.

Cet essai préliminaire permet d'éviter toute confusion entre la substance mucinoïde et l'albumine vraie, mais dans le cas où la réaction de Heller est positive, il faut la compléter en déterminant la nature de la matière albuminoïde décelée.

---

# FORMULAIRE

## Contre la séborrhée squameuse grasse du visage.

| | | |
|---|---|---|
| Soufre précipité | 1 | gr. |
| Résorcine | 1 | » |
| Vaseline | 12 | » |
| Lanoline | 12 | » |
| Huile de cade | 5 | » |
| Goudron liquide | 5 | » |
| Huile de bouleau | 1 | » |

Faire des applications *douces* de ce mélange sur les parties malades qui sont le siège de desquamation .

## Elixir dentifrice au thymol.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cochenille pulvérisée | 50 | gr. | |
| Alun calciné | 10 | » | |
| Alcool | 1.000 | » | |
| Essence de menthe | 10 | » | |
| Essence d'anis | V | gt. | |
| Essence de rose | X | » | |
| Thymol | 1 | gr. | |
| Saccharine | 0 | » | 15 |

*F. s. a.* Elixir dentifrice dont on usera comme d'un autre dentifrice en en mettant quelques gouttes dans l'eau de lavage destinée aux soins de la bouche.

## Contre l'insomnie

| | | |
|---|---|---|
| Bromidia | XXV | gt. |
| Sirop de fleurs d'oranger | 10 | gr. |
| Eau distillée | 30 | » |

Prendre cette potion le soir avant de se coucher, en 2 fois à une demi-heure d'intervalle.

*Le Gérant :* O. DOIN.

PARIS. — IMP. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

## CHRONIQUE

---

### Castration et criminalité.

Voilà bien un des plus redoutables problèmes qui se soient imposés aux méditations des philosophes, je ne dis pas à celles de nos législateurs qui paraissent n'en avoir cure. Le flot de la criminalité monte, monte sans cesse ; on n'entend parler que d'exploits d'apaches ou de satyres. Jack l'Eventreur, le sinistre Vacher, ont fait des émules. Le crime sadique n'est plus une monstrueuse exception : il se multiplie dans des proportions inquiétantes. Nous ne sommes plus protégés et la force publique se reconnaît désarmée. N'y aurait-il donc pas un remède, préventif ou curatif, qu'on pourrait, tout au moins, essayer d'appliquer ?

Ce remède, il y a bien des années déjà qu'on l'a proposé ; mais on l'a fait revivre récemment sous une forme aussi originale qu'imprévue.

Une loi, votée par l'Etat d'Indiana (Etats-Unis), au cours de l'année 1907, prescrit la castration, vous avez bien lu, la castration des récidivistes du crime — et des personnes atteintes de maladies incurables.

Le premier qui a émis cette idée est, croyons-nous, un chirurgien américain qui, dans un article à sensation, publié par un magazine d'outre-mer, proposa, très sérieusement, d'introduire dans l'arsenal des peines répressives un châtiment nouveau : la castration. Il demandait que l'opération édictée par le juge fût exécutée, non par le bourreau, mais par des spécialistes, sur les criminels qui se seraient rendus coupables de viols, d'attentats à la pudeur, et, en général, de tous actes résultant d'une perversion du sens génésique.

Avant le Corps d'Indiana, le Comité législatif de l'Etat de Kansas avait, il y a de cela dix ans, discuté un bill, ordonnant que « tout homme convaincu de viol, tout ministre de la religion ou maître d'école, convaincu d'avoir abusé d'une fille de moins de dix-huit ans, fût emprisonné pour cinq ou vingt ans et *castré* un an après son incarcération (1) ».

Grâce aux persévérants efforts de la Ligue de la Pureté sociale, *Social Purity League*, de Topeka, et aussi grâce à l'appui du gouverneur de l'Etat précité, cette réglementation aurait été adoptée; mais nous n'en avons pas la preuve formelle; c'est déjà un grand point qu'elle ait pu être soumise aux délibérations d'une assemblée légiférante.

Les ligueurs inexorables qui ont obtenu ce résultat, dont ils ne doivent pas être peu fiers, sont d'accord avec les Écritures : « Quiconque s'est servi de l'épée périra par l'épée. » En outre, ils mettent en pratique les préceptes de l'Évangile, où il est recommandé de retrancher sans pitié le membre qui a été un objet de scandale. Mais cette justice est peut-être un peu... expéditive; toutefois, si elle ne devait s'appliquer qu'aux misérables qui abusent de la candeur et de l'innocence, nous l'approuverions sans réserves.



La castration des criminels est, au surplus, une de ces idées qui depuis longtemps hantent bien des cervelles. Dans un mémoire qu'il publiait, sur ce sujet, le Dr Stuver, encore un Américain, s'exprimait en ces termes :

En supprimant et en modifiant leurs causes excitantes et les conditions qui les favorisent, l'*asexualisation* limitera la dissémination des maladies, du vice et du crime.

---

(1) *Revue médicale de l'Afrique du sud*, juin 1898.

> Elle constitue une punition humaine et rationnelle pour le nombre sans cesse croissant des criminels et satisfait aux exigences de la justice.
>
> En raison de la répugnance innée pour cet état, elle sera un puissant épouvantail, limitera l'extension des crimes et protégera la société contre les criminels.
>
> En enlevant la faculté procréatrice aux délinquants et aux criminels, non seulement elle diminuera leur nombre, mais elle élèvera la capacité physique, intellectuelle et morale de la race, plus que tous les autres châtiments réunis.
>
> Elle constituerait une méthode humaine et rationnelle de traitement, parce qu'elle protégerait à la fois les criminels contre des châtiments plus durs et plus brutaux et qu'en même temps, en supprimant la cause de leurs déviations, elle transformerait beaucoup d'entre eux en citoyens utiles et productifs (*productive citizens*).

Prophylaxie et thérapeutique à la fois, notre confrère a tout prévu.

Son optimisme nous enchante. Après tout, nous ne risquerions pas lourd d'essayer. Les médecins, transformés en bourreaux, nous reporteraient à un autre âge, au temps où ils accomplissaient réellement la fonction d'exécuteurs des hautes et basses œuvres. Il y aurait, au début, quelque répugnance; mais on s'y remettrait, en se faisant la main.

Cette chirurgie opératoire serait-elle, d'ailleurs, si différente de celle qui, tous les jours, se pratique dans nos services de gynécologie? Et qui sait? les apaches femelles seraient peut-être les dernières à se plaindre de ne plus avoir à courir les risques de la maternité. Ce serait l'avortement légal réclamé par certains de nos confrères du dernier bateau. Le mal serait supprimé dans l'œuf, pourrait-on dire, et la sécurité de tous et de toutes y gagnerait. L'enjeu vaut bien la partie.

Qu'on enlève ses armes à qui en fait mauvais usage, nous n'y trouverions à redire; mais que, sous prétexte d'améliorer la race, on sacrifie, génitalement parlant, tous ceux

qui sont susceptibles de mettre au jour des êtres malingres ou infirmes, c'est dépasser la mesure. La nature fait elle-même la sélection, laissons-lui ce soin, dont elle s'acquitte de son mieux, mais ne nous substituons pas à elle.

Pour ce qui est des misérables, des malfaiteurs endurcis, qu'aucune tentative de dressage n'a améliorés, qu'aucun moyen de répression n'est parvenu à corriger, il n'en va pas tout à fait de même. S'il est reconnu que la détention dans les prisons, dans les établissements pénitentiaires de tout ordre, voire la perspective de l'échafaud, sont impuissantes à ramener le coupable dans la voie du bien ; si les jeunes dégénérés, prédestinés au crime, se montrent insensibles aux procédés de correction qu'on leur a infligés; s'il faut renoncer à modifier leurs instincts et leurs penchants, et qu'ils reviennent, comme dit encore l'Écriture, à leur vomissement, qu'on leur applique l'émasculation ; pourquoi non?

Le Dr Frank Lydston (de Chicago), qui en est pour ce moyen, trouve à ce parti trois avantages :

1° *Châtiment rationnel de l'individu ;* 2° *exemple salutaire et vivant pour les autres candidats au crime ;* 3° *impossibilité pour le criminel de perpétuer son espèce.*

Cette dernière considération n'est pas une des moins estimables. Empêcher le criminel de naître serait, évidemment, la meilleure prophylaxie contre le crime. Et, à ce point de vue, la facilité avec laquelle se contractent les unions entre fous, tuberculeux, alcooliques et criminels, qui ont le droit de multiplier à discrétion, n'est-elle pas, au plus haut point, un danger social? Pourquoi ne pas exiger, comme l'a si éloquemment et si continuement réclamé notre ami Jean Lahor, pourquoi ne pas exiger un certificat d'aptitude au mariage? La société se protégerait ainsi contre le péril qui devient tous les jours plus grand et elle trouverait là un

moyen de diminuer considérablement la dépense qu'exige l'entretien d'une armée de plus en plus envahissante de malandrins et d'incurables.

*
* *

Avant d'en venir là, nous aurons bien des préjugés à vaincre, bien des obstacles à surmonter. En attendant, que n'essayons-nous de la castration des criminels? Il est bien avéré que les assassins ne sont pas amendés par la peine capitale; que l'exécution publique n'est pour eux qu'un prétexte à fanfaronnade. La castration serait-elle une répression plus efficace? L'expérience est à faire.

Elle a été faite, au surplus, et cela remonte loin.

Ulysse, — Homère nous en instruit (1), — fait mutiler le traître Mélanthius par ses serviteurs, « qui lui tranchent, avec un fer cruel, le nez, les oreilles, *lui arrachent les marques de la virilité* et les jettent palpitantes aux chiens... »

Les lois d'Athènes châtiaient sévèrement l'adultère; les adultères étaient au pouvoir absolu de ceux qui les surprenaient en flagrant délit : ceux-ci étaient libres de les fustiger, de *les mutiler*, sans que la justice leur demandât aucun compte (2).

On sait quelle guerre Sparte fit aux îlotes. Pour s'en débarrasser, elle avait recours à tous les moyens : pour les tuer, il suffisait d'un semblant de raison, sinon de justice. Un îlote portait-il trop haut la tête, son langage trahissait-il quelque conscience de la dignité humaine, il était aussitôt sacrifié et le supplice auquel on le soumettait était pire que

(1) *Odyssée*, chap. XXII, v. 465, 474 et suiv.

(2) *Les crimes et les peines dans l'antiquité et les temps modernes*, par J. LOISELEUR, Paris, Hachette, 1863.

la mort : il perdait son énergie, avec les marques de sa virilité (1).

Bien que le symbole pénal soit de tous les âges et de tous les pays, en aucun temps, il ne fut en vigueur comme dans le droit primitif; nulle part il ne se développa comme en Allemagne.

Peine symbolique, celle qui consistait à couper la langue aux blasphémateurs; peine symbolique, l'amputation des doigts du parjure, « ces doigts qui avaient touché les choses saintes, en prenant à témoin la Divinité de la vérité de ses dépositions » (2). Peine symbolique encore, celle qui consistait à supprimer chez l'homme coupable d'adultère les témoins de la virilité : c'est le supplice qui fut infligé, par ordre de Philippe-le-Bel, à deux gentilshommes normands, Philippe et Gautier d'Aulnay, convaincus d'avoir eu des rapports criminels avec les deux belles-filles du roi, Blanche et Marguerite.

La loi salique infligeait le même supplice pour le vol; et d'autres lois, pour l'adultère. En Angleterre, il fut un temps où les délits de chasse étaient punis par la castration.

En France, au moyen âge, c'était une opération courante, mais son domaine était plutôt médical : on châtrait les lépreux, les épileptiques, les fous; on émasculait les sujets porteurs de hernies (3).

La castration, en tant que supplice, ne paraît cependant pas avoir été souvent pratiquée à cette époque; et l'on se rend malaisément compte des motifs qui ont poussé nos

(1) Cf. Athénée, *Les Deipnosophistes*, liv. XIV, chap. LXXIV et le *Commentaire* de Schweighaeuser, t. VII, p. 642; cité par Loiseleur, p. 45, note 2.

(2) *De origine, situ, moribus et institutionibus Germaniæ*, cap. XIV (Tacite, cité.)

(3) V. *Remèdes d'autrefois*, Maloine, éditeur.

pères à s'en abstenir, car ils ne se privaient guère d'exécutions plus cruelles. Il semble que, dans leur inflexible logique, ils auraient dû trouver plausible d'appliquer ce châtiment au viol ou à des crimes analogues; et pourtant, les rares cas qu'on en trouve, chez les annalistes du passé, ont trait à des délits d'une tout autre nature.

En voici deux que nous relevons (1), pour les détails précis qu'ils nous fournissent.

Le premier fait s'est passé en 1491, dans la ville de Metz.

Le condamné, nu en chemise (*sic*), brouetté par le bourreau, fut conduit sur la place de Chambre, où la justice l'attendait. Un échafaud, plus haut qu'à l'ordinaire, pour que l'on pût mieux voir, y était préparé, *comme si ce fust pour juer* (jouer) *ung jeu:* LANDREMONT y monta, escorté de l'exécuteur, de quelques hommes d'église, des sergents et de plusieurs médecins et apothicaires, ceux-ci venus pour tirer du supplice un peu de profit pour la science (2). Conduit près d'un poteau, il y fut bientôt lié par le cou, par les bras et les jambes, la figure tournée vers l'église et de nouveau lecture lui fut donnée de son arrêt.

A cet instant, Conrad de SERRIÈRES, l'un de ses ex-collègues, lui demanda s'il avait du repentir d'avoir projeté la mort du peuple qu'il voyait assemblé; à quoi il répondit *que non, que jamais il ne s'en avoit repentu et qu'il avoit été délibéré de faire son cas tout joliettement.*

Sur ce, les prêtres l'exhortèrent au repentir, à crier merci à Dieu, et enfin à prendre courage à cette heure suprême, mais il les rassura en souriant. Alors, le bourreau, faisant son office, s'approcha, lui fendit la chemise, plaça un baquet entre ses jambes et *sembloit à plusieurs qu'il lui eust coppé le membre viril et les génitoires et qu'il les getta au cuveaul;* subitement lâcha une détente qui, à l'aide d'un poids, lui serra le cou et l'étrangla, pendant qu'il lui enfonçait dans le bas ventre un tranchant, à l'aide duquel il lui fendit le corps en long, puis en croix, et, plongeant son bras dans l'intérieur, il lui arracha le cœur qu'il lui mit devant le visage; enfin, tirant à lui tous les intestins, il les jeta dans le cuveau et le patient rendit le dernier soupir.

Le cadavre ayant été détaché et *avisé* par les médecins et apothicaires,

---

(1) Nous les extrayons de l'ouvrage de DUMONT, *Justice criminelle des duchés de Lorraine et de Barrois*, t. II, p. 333 et suiv.

(2) A remarquer que, dès cette époque (XVe siècle), on faisait des expériences sur les criminels.

la tête fut séparée du tronc et fichée au bout d'une lance garnie de fer-blanc pour plus de durée, devant demeurer plantée à la tour du pont Thiffroy dont Landremont était capitaine. Le corps coupé en quatre quartiers fut de même exposé aux quatre portes, et les entrailles brûlées avec le baquet.

Voici le second cas.

En 1512, à Boulay, un homme, convaincu de même crime que le seigneur J. de Landremont, fut condamné au même supplice, probablement par imitation, mais avec aggravation. Le bourreau, après lui avoir coupé les parties sexuelles et fendu le ventre jusqu'à la poitrine, lui ouvrit si subitement et si largement le corps avec les deux mains que ses intestins s'échappèrent tous. Il n'était pas étranglé, il n'était pas mort, mais très vivant, au point qu'il parlait !...

***

Si le supplice de la castration a été, dans notre pays, d'une application exceptionnelle, il n'en fut pas de même ailleurs.

Chez les Egyptiens, c'était la peine ordinaire des adultères. En Perse, c'était la punition du viol et d'autres crimes du même genre (1).

Dans un code qu'il édicta, le législateur chinois CHOU-KOUNG fait figurer la castration au nombre des cinq modes graves de punition, qui sont : les stigmates sur le front, la section du nez, l'amputation des oreilles, des mains ou des pieds, la castration. Au début, en Chine, la castration était donc une sanction pénale. Les eunuques obtenus de cette façon, furent, dès les premiers temps, utilisés dans le palais de l'Empereur. Mais la luxure, la débauche et le luxe augmentant, les eunuques de source criminelle furent insuffisants et il fallut chercher une autre voie pour compléter ce con-

---

(1) *Anecdotes historiques sur la médecine* (Bruxelles, 1789), t. II, p. 83.

tingent ; des parents pauvres se mirent alors à vendre leurs enfants, qui étaient émasculés pour le service du palais (1).

A une époque plus récente, la castration fut encore employée, dans l'Empire du Milieu, comme peine contre les rebelles. En 1851, l'empereur Hsien-fou fit instituer une Cour spéciale, devant laquelle les rebelles étaient traduits. En 1858, une bande de révoltés, parmi lesquels se trouvaient des enfants, fut jugée par ce tribunal. Les adultes furent exécutés, mais les enfants, ayant moins de dix ans — il faut quinze ans en Chine pour subir la peine capitale — furent châtrés et envoyés en esclavage dans les troupes-frontières.

Dans les troubles qui ont ensanglanté nos discordes civiles, la justice sommaire du peuple a recouru à ce mode brutal de répression.

On conte que le pape Grégoire XII, ayant ordonné une procession solennelle, en action de grâces de la terrible journée de la Saint-Barthélemy, cette nouvelle irrita si fort un gentilhomme angevin, le capitaine huguenot Bressant de la Rouvraye, qui avait échappé au massacre général, qu'il jura de châtrer tous les moines qui tomberaient entre ses mains ; ce que, au dire de l'historien qui narre le fait (2), il n'exécuta que trop ponctuellement, « car il n'eut pas honte de porter un large baudrier, qu'il avait fait faire avec ces ridicules et cruelles mutilations ».

Un autre chroniqueur rapporte qu'un chirurgien calviniste de Béthune mutilait tous les prêtres catholiques qu'il pouvait rencontrer, et qu'il se vantait d'en avoir opéré dix-sept (3).

Des faits analogues se seraient passés, pendant la guerre franco-allemande. Quand on songe aux atrocités commises

(1) *Archives cliniques de Bordeaux*, mai 1896 (article de J. Matignon).

(2) Sainte-Foix, *Essais historiques sur Paris*, t. I, p. 81.

(3) *Anecdotes sur la médecine*, loc. cit.

par les Chinois et, plus récemment, par les Marocains, il est bon de se remémorer comment se sont comportés, à l'époque de nos désastres, les soldats d'une nation qui se prétend civilisée.

Il y a quelques mois, on faisait cercle, dans un bureau de commissariat parisien, autour d'un vieillard qui, après avoir réclamé des pièces dont il avait besoin, pour exercer le métier d'acrobate ambulant, conta sa propre histoire.

Alexandre FOUQUET — c'est le nom du vieux saltimbanque — se trouvait à Dijon et ensuite à Nuits, au moment de la guerre de 1870-71. Il avait obtenu, de l'état-major allemand, la permission de vendre des vivres aux prisonniers français. Or, il advint un jour que Fouquet fut sommé par les Allemands de donner des renseignements, sur l'importance de la position occupée par une partie de nos troupes qu'il venait de quitter ; il s'y refusa avec énergie et traita de honteux le rôle qu'on voulait lui faire jouer. La punition ne se fit pas attendre, et elle fut terrible. La femme du malheureux, qui se trouvait à Dijon, fut massacrée ; quand à lui, après l'avoir lardé de coups de sabre, dont il portait les traces sur tout le corps et sur les mains, on lui fit subir une mutilation odieuse et qu'on devine, sans qu'il soit nécessaire de la préciser autrement. Le pauvre Fouquet fut emmené ensuite en captivité en Allemagne, où il resta pendant huit ans, prisonnier dans un hôpital ; finalement, il ne fut remis en liberté qu'après de longues et patientes démarches, faites par un lieutenant de vaisseau, qui s'était intéressé à son sort.

Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, les terroristes de 1792-1793 n'ont pas de pareils crimes à leur actif. Si, dans certaines circonstances, ils ont eu recours à ce mode barbare de supplice, c'est en manière de représailles, comme

dans le cas suivant, que relate un témoin de cette époque tourmentée (1).

Le 3 septembre 1792, une nommée Marie-Madeleine-Josèphe GREDERERT, femme BAPTISTE, bouquetière, âgée de trente-deux ans, était condamnée à être pendue, pour avoir, par jalousie, fait à son amant, grenadier des Gardes-Françaises, la mutilation exécutée, dans le XIe siècle, sur Abeilard. Elle fut attachée nue, à un poteau, ses jambes furent écartées et ses deux seins coupés. On lui introduisit une torche ardente; puis un sabre, dans un endroit que nous n'osons nommer; et on lui ouvrit le ventre, sans être touché de ses cris. On la laissa ainsi expirer dans des tourments dont Caligula lui-même aurait eu horreur.

Nous ne saurions, aujourd'hui, admettre que la société ait le droit de venger une offense, en appliquant la peine du talion; mais elle a le devoir de se préserver des êtres malfaisants, de se mettre à l'abri des dangers qu'ils lui font courir.

Par un respect peut-être exagéré de la vie humaine, à mesure que s'affirment les progrès de la sociabilité, on recourt de moins en moins à la peine capitale, même avec les formes qui en adoucissent la brutalité. Sans y renoncer complètement, car nous l'estimons, dans certains cas, une exemplaire répression, il est un moyen de mettre hors de service un procréateur taré ; ce moyen c'est l'eunuchisme, autrement dit, la castration.

LOMBROSO a écrit, dans son ouvrage sur l'*Homme criminel*, que, dans tous les attentats coupables, l'hérédité domine ; que les crimes les plus affreux, les plus barbares, ont un point de départ physiologique, atavistique, dans les instincts animaux, qui peuvent bien s'émousser pour un temps dans l'homme, mais qui renaissent tout à coup sous l'empire de certaines circonstances. L'accouplement des assassins réserve

(1) *Histoire des événements qui ont eu lieu en France pendant les mois de juin, juillet, août et septembre 1792*, par MATON DE LA VARENNE, p. 369.

[illegible] pour l'avenir, à cause de la mauvaise [illegible] produits qui en résulteront (1).

[illegible] a presque consacré cette vérité : « Il [illegible] », dit-on, dans le peuple, et rien de [illegible] au lieu de guillotiner certains criminels de [illegible] faisons-en des eunuques : en les dévirili-[illegible] rendrions incapables d'une action violente, [illegible] brutale. Mais, comme le remède peut ne [illegible] une efficacité certaine, absolue, qu'on prenne [illegible] de l'appliquer, qu'il offre des garanties suffi-[illegible] défense sociale.

D[r] CABANÈS.

---

# PSYCHOTHÉRAPIE

## Les états neurasthéniques et leur traitement,

par le D[r] MARCEL VIOLLET,
Médecin des Asiles.

(*Suite.*)

### II

### *L'état neurasthénique idiopathique et l'état neurasthénique mélancolique.*

Ainsi que nous l'avons vu dans notre précédent article, la neurasthénie n'est qu'un syndrome, élevé par Beard, qui l'a découvert, à la dignité d'entité nosographique. Ce syndrome une fois décrit, on l'a surchargé d'addenda de tous genres, pathogéniques et symptomatiques, pronostiques et thérapeutiques, le rendant extrêmement vague et complexe. Pourtant de nombreux auteurs ont déjà protesté contre cette complexité et ce vague, et ont

---

(1) *Archives d'anthropologie criminelle*, 15 mars 1901, p. 135 et suiv.

tenté d'introduire plus de sûreté dans le diagnostic, en séparant avec soin l'état mental neurasthénique des maladies concomitantes, d'une part, et d'autre part d'états mentaux analogues observés dans certaines maladies mentales.

Pour nous, nous avons rejeté complètement le substantif neurasthénie, pour envisager, en trois catégories distinctes :

*A.* Les états neurasthéniques idiopathiques ;

*a*) Les états neurasthéniques mélancoliques ;

*B.* Les états neurasthéniques symptomatiques ;

*C.* Les états neurasthénoïdes dans les maladies mentales.

C'est à la description de ces états que nous nous attacherons aujourd'hui, réservant pour plus tard l'étude systématique du traitement.

*A.* ETATS NEURASTHÉNIQUES IDIOPATHIQUES.

Ce qui les caractérise essentiellement, c'est qu'à l'état mental neurasthénique ne se surajoute aucun symptôme attribuable à une maladie concomitante, locale ou générale, ni aucun des symptômes, physiques ou psychiques, de maladies mentales. Des symptômes de troubles viscéraux peuvent bien exister, notamment dans la sphère gastro-intestinale ou génitale, mais ces symptômes sont tous subjectifs (douleurs, sensations anormales, etc...) ou nettement rattachables à l'état mental neurasthénique.

L'état mental est des plus importants : on y retrouve les stigmates névropathiques au complet : suggestibilité, troubles de la sensibilité, émotivité et impressionnabilité anormales, et surtout fatigabilité excessive. Tous ces symptômes mentaux, dont l'union crée l'état mental neurasthénique, existaient auparavant chez l'individu et n'ont fait que s'exagérer lorsque a débuté l'état morbide. Ils se marquaient par des anomalies précédentes du caractère et des qualités psychiques, anomalies permanentes, mais paraissant surtout à l'occasion d'une émotion, d'une colère, etc..., manifestations épisodiques d'une suggestibilité plus grande, d'une émotivité particulière, d'une aboulie par découragement aisément provoquable.

Plus particulièrement on peut rencontrer dans les antécédents personnels du malade des tendances hypocondriaques qui le portaient à exagérer la portée des sensations morbides qu'il ressentait. A un tel individu, toute maladie paraissait grave et de pronostic sombre ; il craignait de ne jamais guérir, de voir son état s'empirer, de mourir. Même en dehors de toute maladie, il était inquiet de sa santé et scrutait constamment son état corporel, s'affligeant d'une insomnie d'une anorexie passagère, et considérant comme pathologiques des constatations physiologiques ou même anatomiques, comme ce sujet qui prenait pour une maladie de langue les papilles de son V lingual. Ces tendances hypocondriaques amènent ces individus à surveiller étroitement leur régime alimentaire, à prendre des précautions excessives pour se garantir du froid et des grandes chaleurs, à se droguer constamment.

Plus particulièrement, ces tendances hypocondriaques se manifestaient du côté de la sphère génitale. Le côté sexuel de la vie des préneurasthéniques est intéressante à étudier, et cette étude est bien facilitée par la prolixité habituelle de ces malades à ce sujet. L'exercice des fonctions sexuelles semble toujours à ces individus révêtir une grosse importance et ne pas aller sans des possibilités de conséquences redoutables. En général timides et craintifs, c'est parmi eux que l'on rencontre surtout les syphilophobes convaincus, les très prudents qui, *post coïtum*, — un coït en préservatif, — usent de la petite seringue et s'envaselinent au calomel. Méthodes de prudence, certes, mais qu'ils exagèrent. C'est aussi parmi eux que l'on trouve les plus circonspects disciples d'Onan, et l'on apprend que souvent ils se sont dégoûtés de la femme parce qu'ils se trouvaient impuissants au bon moment.

A côté de ces tendances hypocondriaques, qu'on trouve généralement dans les antécédents des neurasthéniques, on peut trouver dans la manière dont ils envisagent et orientent leur vie des preuves de leur suggestibilité et de leur très réelle aboulie. Il est rare qu'ils aient été des individus de premier plan, des indi-

vidus dont la volonté énergique et l'habileté calculée fait des maîtres qui s'imposent. Ils peuvent avoir été des travailleurs mais inconstants, capricieux, fatigables, et, s'ils ont montré des qualités laborieuses, ça toujours été en sous-ordres, en obédients. Incapables de choisir délibérément un but qu'ils atteindraient à force de persévérance et de confiance en eux-mêmes, ils usent leur activité en des travaux commandés, parfois accomplis joyeusement et laborieusement, parfois exécutés en plein découragement et avec une fatigue extrême. Il semble, en effet, que ce qui caractérise le préneurasthénique soit moins un manque absolu et constant d'énergie au travail et de force qu'une inégalité grande d'un jour à l'autre dans les manifestations de leur application. Ce sont des intermittents. Là apparaît déjà la contradiction qui sera si remarquable lorsque débutera l'état neurasthénique.

Enfin, on peut trouver dans le caractère des préneurasthéniques des contradictions pareilles. Tantôt gais, tantôt tristes, avec une prédominence de tristesse, ils réagissent différemment aux impressions extérieures, selon le moment. Ils sont inégaux et capricieux dans leurs affections, ressentant alternativement des besoins de société et d'isolement. Leur conduite vis-à-vis des leurs est empreinte d'une bizarrerie dont le médecin obtient la confidence pour peu qu'il la recherche.

Ces symptômes antérieurs, qui éclairent singulièrement l'observateur sur la nature réelle de l'état neurasthénique, sont naturellement plus ou moins marqués. Le malade les doit à son hérédité, ainsi que nous le disions dans notre précédent article : hérédité similaire ou hérédité vésanique de l'un ou l'autre parent; symptômes semblables ou vésaniques chez les collatéraux. Cet état mental est, en quelque sorte, un pont, une transition entre l'état mental normal et l'état mental d'individus plus tarés psychiquement, hystériques, déséquilibrés, paranoïaques, dégénérés moyens, dégénérés inférieurs.

Maintenant, pourquoi s'exagèrènt ces symptômes lorsque se constitue l'état neurasthénique idiopathique? Il ne saurait s'agir

… locale ou générale, comme dans les … symptomatiques. L'on est alors contraint … ensemble vague des causes morales : … chagrins, déceptions, préoccupations … de caserne ou de prison, obstacles à l'ambi-

… peut ainsi exister et être assez importante … peu de la voir déterminer un état de dépres- … la mort d'un être aimé, une peur très violente, … réellement mauvaises peuvent revêtir un … suffisant pour légitimer l'exagération de … nevropathique précédemment existant. Mais … on est étonné de voir survenir un état neurasthé- … un individu à l'occasion d'émotions ou d'ennuis … l'importance ne dépasse pas celle du coutumier apport de … de la vie.

… enquête minutieuse auprès de la famille n'est pas inutile, … ces cas, pour parer à l'idée fausse que l'on pourrait se … de l'importance de la cause morale, en raison de l'exagé- … habituelle du malade. On découvre ainsi parfois que la … est minime, et que son interprétation par le malade lui … un caractère nettement délirant. Il s'agit alors de neuras- … mélancolique, sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure. Mais d'autres fois, la cause, étant minime et reconnue minime … le malade lui-même, semble en disproportion avec l'appari- … de l'état neurasthénique. Si l'on ne peut l'expliquer par une … tendance antérieure particulièrement marquée chez le malade, on est réduit à admettre l'existence d'autres causes, vraisem- blablement somatiques, mais échappant complètement à l'exa- men. Et il apparaît nettement que la catégorie : état neurasthé- nique idiopathique, est une classe d'attente, appelée à se démem- brer plus tard, lorsque les progrès de la clinique ou des sciences médicales connexes : bactériologie, anatomo-histologie patholo- gique, etc., en auront retiré des entités nosologiques nettement classées par leurs causes et leurs lésions.

Les symptômes de l'état neurasthénique idiopathique ont été étudiés dans notre précédent article. Nous avons donné à l'état mental neurasthénique et à l'épuisement physique qui en dérive toute l'importance qui leur conviennent. Nous avons rattaché à ces causes psychiques les céphalées, les rachialgies, les insomnies dont certains auteurs ont fait des *grands symptômes* de la neurasthénie. Nous avons indiqué qu'on pouvait rattacher pareillement à cet état mental les troubles gastro-intestinaux légers, que l'on observe, ainsi que tous les autres troubles. viscéraux ou généraux, dont se plaint le malade.

Ce qui caractérise bien l'état neurasthénique idiopathique, c'est sa variabilité : Dans certains cas, on trouve — outre l'état mental — un seul symptôme (neurasthénies monosymptomatiques de HUCHARD et WEILL); dans d'autres cas on les trouve tous, accompagnés de bien d'autres. Cette dernière catégorie de malades répond assez aux *geignards* de CHARCOT, malades insupportablement prolixes, infatigables dans l'énumération de leurs maux, qui souffrent de tout, de partout, avec un luxe de symptômes anormaux et bizarres, organes qui craquent, qui se déplacent, points douloureux qui remontent du genou au cœur, etc... Le tout mêlé de contradictions enfantines.

La suggestibilité du malade éclaire aussi le diagnostic : le médecin peut, à son gré, faire naître tel symptôme, en transférer tel autre, modifier la nature de ce troisième, les heures d'apparition de ce quatrième, et même, par le traitement moral dont nous parlerons ultérieurement, faire disparaître successivement tous ces symptômes, par des moyens uniquement suggestifs.

L'important, donc, est de se rendre compte qu'aucun de ces symptômes n'est l'indice d'une maladie concomitante. Il ne faut pas, parce qu'ils sont nombreux, les considérer tous, d'emblée, comme des manifestations psychiques morbides; il ne faut pas non plus négliger l'examen d'un organe en raison de la bizarrerie des symptômes énoncés par le malade. Un examen complet, consciencieux, permettra, par exemple, de ne pas confondre avec un état neurasthénique idiopathique une maladie de Basedow

fruste, un tic douloureux, une sclérodermie, une morphea alba, etc... Il permettra aussi, dans bien des cas, de reconnaître comme symptomatique un état neurasthénique considéré comme idiopathique en raison du nombre et de la bizarrerie de ses symptômes.

L'on peut considérer l'état neurasthénique idiopathique comme curable, — naturellement lorsqu'une thérapeutique judicieuse lui est appliquée. Nous parlerons ultérieurement de cette thérapeutique. Mais cette curabilité elle-même ne peut être considérée comme complète. On ne guérit pas une neurasthénie comme on guérit une rougeole, une pneumonie ou un abcès. L'on efface les grands symptômes, on fait disparaître la céphalée, la rachialgie, les insomnies, les troubles viscéraux et généraux; on fait rétrocéder l'épuisement, mais on ne peut que ramener l'état mental à la médiocrité antérieure. On ramène l'individu à ce qu'il était auparavant, impuissant qu'on demeure à faire d'un timide intermittent un énergique permanent. L'état mental reste donc le même qu'il était auparavant, et on en est réduit, après guérison, aux vains conseils coutumiers, excellents, mais si peu appliquables : « Evitez les émotions, les chagrins, les soucis », comme si véritablement c'étaient là choses évitables.

### *a*. ETAT NEURASTHÉNIQUE MÉLANCOLIQUE.

Par état neurasthénique mélancolique, nous entendons un état neurasthénique avec idées délirantes de nature mélancolique, survenu à la suite d'une cause morale, ou déterminé par une maladie concomitante, et qu'il est impossible de rattacher à une psychose évolutive (psychose intermittente), en raison de l'absence d'une crise analogue antérieure. Cette définition est imparfaite, nous dirons pourquoi à propos du diagnostic. Nous prions toutefois le lecteur de l'agréer, en y adjoignant les correctifs dont nous parlerons.

Nous plaçons ici l'état neurasthénique mélancolique, malgré sa double origine possible : idiopathique ou symptomatique. On

peut en effet l'observer dans ces deux cas, et il servira de pont entre l'état neurasthénique idiopathique et les états neurasthéniques symptomatiques.

Il n'est pas impossible de trouver dans les antécédents personnels de l'individu des raisons de cette disposition délirante de l'accès. Le mélancolique ramène à lui tous les faits antérieurs, toutes les perceptions extérieures pour s'en accuser. Sa tendance principale manifeste est l'auto-accusation. Il se croit coupable, malintentionné, répugnant, objet d'horreur pour son entourage. Il se croit condamné et damné à juste titre. Ce délire du mélancolique n'est que l'exagération de symptômes antérieurs de son caractère. Toute sa vie l'individu s'est cru importun, malhabile, incivil, et a une sensation déprimante de « nuisance » à l'égard d'autrui. Un manque complet de confiance en lui-même, et la sensation constante qu'il est, va être ou vient d'être ridicule et malgré lui nuisible, lui donnent un aspect de timidité désolée et le pousse aux isolements les plus déprimants. L'on rencontre parfois de tels sujets, à l'air gauche et inquiet, aux regards malheureux, qui se glissent sans bruit, ne parlent qu'à peine et toujours pour acquiescer. On les voit un instant, puis ils sont disparus, sans bruit, emportant vers la solitude qui les attire la sensation lancinante qu'ils ont été indiscrets en restant, et qu'en partant, ils ont donné des preuves de sauvagerie impolie et de mauvaise éducation.

Cet état mental, ces individus le doivent à leur hérédité. On peut trouver dans leurs antécédents héréditaires des névropathes, des aliénés.

Quelles que soient les causes qui agissent sur ces prédisposés héréditaires pour exagérer les symptômes psychiques susindiqués, l'état neurasthénique mélancolique se caractérise par des symptômes neurasthéniques et des symptômes mélancoliques. Les premiers sont ceux que nous avons indiqués. Ils peuvent exister en plus ou moins grand nombre, et être énoncés en termes aussi bizarres et contradictoires. Il est indispensable d'examiner le malade avec autant de soins, à propos de tous ces symptômes

[illegible] pour rechercher s'ils ne sont pas l'indice de [illegible]

[illegible] symptômes, le malade a une manière particu- [illegible] et de les expliquer. Il estime qu'il les a [illegible] considère pas comme un malade, mais comme [illegible] dans sa santé. Il s'accuse de fautes ou de [illegible] ou démesurément grossis. Il a peur de mou- [illegible] maladie, mais surtout d'être damné après sa mort. [illegible] lui semble de nature à entraîner sa ruine, sa [illegible] son déshonneur, le déshonneur et la mort des [illegible] échapper à tous ces dangers, il emploie la réaction [illegible] mélancolique : il tente de se suicider.

[illegible] ses pensées se réfléchissent sur son attitude, sur sa [illegible]. Il ne ressemble pas à un neurasthénique, si dé- [illegible] soit ce dernier. Sa tristesse est spéciale, constante, et se [illegible] dans la fixité désolée du regard, dans l'abattement [illegible] des traits. Il reste assis immobile dans une situation [illegible], le torse incliné en avant, les bras collant au corps, les [illegible] sur les genoux, souvent jointes dans une attitude de prière. Il ne soigne point sa tenue, ne se lave point, ne se peigne pas. Il reste muet ou gémit, en demandant pardon. Souvent il pleure. Il refuse généralement les aliments. Il dort peu, restant assis sur son lit dans la même attitude penchée qu'il avait sur sa chaise. Très différent en ceci du neurasthénique ordinaire, il ne désire pas se soigner, et refuse même souvent les soins dont il se considère indigne.

A cette explication mélancolique des symptômes neurasthéniques peuvent se joindre des symptômes purement mélancoliques : idées de possession, idées de négation, idées de dépersonnalisation, idées d'éternité — d'une éternité désolante passée à souffrir — croyance qu'on est mort, entouré d'esprits du mal, qu'on répand une odeur infecte de pourriture, qu'on va être emprisonné, guillottiné, torturé, etc... Ces idées, selon leur nature, motivent des attitudes particulières, des faits et gestes spéciaux,

tous reconnaissables néanmoins par le désespoir qui en fait le fond.

Un tel état dure un temps plus ou moins long, mais est en général curable. Nous avons déjà dit comment on devait envisager la curabilité de l'état neurasthénique : un simple retour à la médiocrité antérieure. Il en est de même pour l'état neurasthénique mélancolique.

Au sujet du diagnostic, il importe avant tout de ne pas confondre l'état que nous venons de décrire avec une mélancolie neurasthénique constituant un accès de folie intermittente. La folie intermittente est caractérisée par la répétition d'accès semblables, soit de mélancolie (mélancolie intermittente), soit de manie (manie intermittente), soit des deux sortes d'états (folie alterne, folie circulaire). Le diagnostic est des plus simples lorsque l'on a connaissance d'accès antérieurs : c'est une folie intermittente. Il devient bien plus difficile lorsqu'on se trouve en présence d'un premier accès : toutefois, ainsi que nous le verrons plus tard, dans les cas de folie intermittente débutant par un accès de mélancolie, les symptômes neurasthéniques sont en général peu importants : il s'agit de quelques craintes hypochondriaques, noyées au milieu d'idées de ruine, de culpabilité, de dépersonnalisation, de damnation beaucoup plus importants dans l'esprit du malade. La distinction est importante à faire à propos du traitement et aussi du pronostic, beaucoup plus grave dans le cas de folie intermittente.

*(A suivre.)*

# CARNET DU PRATICIEN

## Traitement du rachitisme.

(COMBY.)

*Traitement hygiénique.* — Rectifier les erreurs alimentaires, régler les tétées des enfants, rationner les enfants sevrés, conseiller le grand air, le séjour à la campagne.

Dans beaucoup de cas, le rachitisme guérit tout seul.

1° *Rachitisme sans complication.* — A tous les enfants qui ont dépassé l'âge du sevrage, qui ne sont pas trop nerveux, qui n'ont ni ophtalmie, ni bronchite, on prescrira :

*a*) A défaut des instituts spéciaux qui existent à l'étranger, le séjour au bord de la mer, pendant la plus grande partie de la journée et l'usage des bains de mer de très courte durée; commencer, s'il y a intolérance, par des bains de mer chauds (de trois à quatre minutes).

*b*) A défaut de la possibilité de faire un séjour au bord de la mer, des bains salés (2 à 3 kilogrammes de sel marin pour chaque bain) durant quinze à vingt minutes, ou des bains d'eaux chlorurées sodiques.

Les rachitiques anémiques se trouveront bien des douches froides.

*c*) Comme régime, quatre à cinq repas par jour, à des intervalles de trois heures.

Donner des aliments riches en phosphates alcalins et calcaires.

Laitage, œufs, crèmes, soupes aux pâtes, purées de légumes secs, peu ou point de viande, pas de crudités.

Donner le lait, comme boisson, mais en quantité modérée.

2° *Rachitisme avec complications.* — Aux enfants qui ont de la bronchite on ne saurait prescrire les bains.

On les remplacera par des frictions stimulantes avec l'*eau de vie camphrée*, le *baume de Fioraventi*, l'*essence de térébenthine*.

Les *frictions sèches* avec le gant de crin pourront être essayées

et réussiront chez les enfants qui ne sont pas trop nerveux, ni trop excitables.

Le *massage* et l'*électrothérapie* conviennent à ceux qui ont beaucoup d'impotence et dont les muscles semblent atrophiés.

*Traitement pharmaceutique.* — Aux enfants n'ayant pas atteint un an, on insistera sur le régime lacté, on donnera le *phosphate de chaux* sous forme de lait phosphaté.

Aux enfants ayant dépassé l'âge d'un an, on pourra prescrire :

1° Les *phosphates* (*chlorhydro et acéto-phosphate de chaux*) ou bien le *lait phosphaté;*

2° L'*huile de foie de morue* en commençant par une cuillerée à café pour arriver à cinq ou six cuillerées à soupe par jour. On s'arrêtera à la moindre diarrhée.

3° Pendant les chaleurs de l'été, remplacer l'huile de foie de morue par le *beurre iodo-phosphaté.*

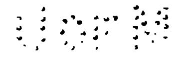
| | |
|---|---|
| Beurre frais | 500 gr. |
| Iodure de potassium | 25 » |
| Bromure de potassium | 1 » |
| Chlorure de sodium | 8 » |
| Phosphore | 0 » 01 |

*M. s. a.* Dose 100 grammes par jour, étalés sur du pain.

CH. A.

## Formulaire de l'huile de foie de morue; un nouveau procédé d'administration.

L'huile de foie de morue est un admirable médicament. La Thérapeutique n'a pas de meilleur moyen pour réparer les pertes qui atteignent, à un haut degré, les malades en voie de dénutrition et notamment les tuberculeux. Malheureusement, ce médicament est trop souvent d'une digestion extrêmement difficile, son ingestion provoque des phénomènes d'intolérance insurmontable, et certains malades sont souvent obligés d'y renoncer, malgré les avantages incontestables de la médication. Aussi, a-t-on cherché des moyens correctifs capables de supprimer ces incon-



vénients. Parmi ces procédés, qui sont nombreux, nous ne retiendrons que les procédés officinaux, c'est-à-dire ceux qui permettent de préparer une huile à goût atténué et, par cela même, capables d'assurer une meilleure digestion du produit.

Mais, avant de parler des diverses formes pharmaceutiques de l'huile de foie de morue, il est bon de dire quelques mots des conditions de son absorption. Comme tout corps gras, l'huile de foie de morue est un aliment qui doit se transformer dans l'intestin et, théoriquement, son séjour dans l'estomac ne l'altère pas. Dans le duodénum, au contraire, sous l'action de la lipase, l'huile est émulsionnée et saponifiée, préparée en un mot pour l'absorption. Mais, dans la réalité, les choses se passent autrement, chez les malades qui présentent de l'hyperchlorhydrie, cas extrêmement fréquent dans la tuberculose, l'huile est émulsionnée dans l'estomac et brassée avec le reste des aliments, ce qui est, justement, la meilleure condition pour provoquer l'indigestion et les renvois si atroces, à odeur de poisson avancé, qui interdisent trop souvent l'emploi de ce genre de médication.

Au contraire, chez les malades à sécrétion normale, ou même insuffisante, l'huile n'est pas émulsionnée dans l'estomac, elle surnage le bol alimentaire et la digestion de celui-ci se fait normalement, sans stase et sans renvoi. Ces considérations, qui ont été émises par M. Bournigault, sont très intéressantes et peuvent servir de guide, comme on va le voir, dans l'emploi thérapeutique de l'huile de foie de morue. En effet, le meilleur procédé d'administration sera celui qui permettra de laisser passer l'huile dans l'estomac sans l'émulsionner et, par conséquent, sans qu'elle se mélange de manière intime aux aliments.

On a proposé un grand nombre de procédés d'administration pour déguiser la saveur de l'huile de foie de morue. Leur nombre est la preuve de la difficulté du problème. En réalité, le goût du médicament est rarement un obstacle, beaucoup de personnes apprécient même sa saveur; la véritable difficulté, c'est l'indigestion consécutive à la prise. Il arrive souvent qu'un malade qui accepte volontiers l'huile éprouve au bout de quelques heures

des renvois pénibles et ressent le malaise caractéristique de l'indigestion.

Par conséquent, tout ce qui a seulement pour but de dissimuler le goût du produit est insuffisant. L'addition de quelques gouttes d'éther sulfurique, le chauffage avec le café torréfié, en un mot tous les procédés correctifs, sont réellement dépourvus de valeur.

M. le Pr Pouchet a proposé d'ajouter à un litre d'huile 1 gramme à 1 gramme et demi d'iode métallique et de chauffer jusqu'à décoloration. Il est exact que le goût devient très faible, mais, d'après l'auteur, si le liquide reste quelques jours en vidange, il prend un goût très désagréable. Il faudrait donc ne pas laisser l'huile en grande masse, mais la placer dans des fioles de 125 grammes au plus. Ce procédé n'est donc pas commercial.

Le commerce fournit à présent des émulsions, on est même arrivé à les rendre parfaites, depuis qu'on utilise la machine à homogénéiser de Golin. Cette machine, imaginée pour briser les globules du lait, réduit à un si petit volume les globules huileux qu'ils restent indéfiniment en suspension dans un liquide aqueux contenant un peu de colloïde, fucus ou gomme. Mais si l'émulsion corrige réellemént le caractère gras et le goût de l'huile de foie de morue, elle a un grave inconvénient, elle ne contient guère plus de 35 à 40 p. 100 d'huile, de sorte que, pour absorber deux ou trois cuillerées de médicament, le malade est obligé d'avaler huit à dix cuillerées d'émulsion, ce qui est fort gênant, surtout dans la médication infantile.

Mais cet inconvénient n'est pas le seul, le procédé émulsionne d'avance l'huile, or nous avons vu que si l'estomac contient de l'huile émulsionnée, on se trouve dans les meilleures conditions pour provoquer l'indigestion. Ce fait explique tout naturellement les insuccès fréquents constatés avec les émulsions d'huile de foie de morue, insuccès qui se montrent justement de préférence chez les sujets qui présentent de l'intolérance manifeste.

On a utilisé au dispensaire antituberculeux Jacques Sigfried-Albert Robin de l'hôpital Beaujon, au cours de cet hiver, un

... de l'huile de foie de morue qui ... excellents et qui parait répondre ... précédents aux nécessités chez les ... supporter la médication dans les condi-

... de *jécoriol*, ce médicament représente une ... désodorisée par des moyens physiques, et qui par ... en rien à sa composition, aromatisée et ... rouge, pour changer son aspect. Cette dernière ... surtout utile pour les enfants.

... une huile pure de foie de morue, c'est-à-dire de ... par expression des foies frais, avant toute fermen- ... désodorisée par la précédente opération, elle est ensuite ... de seulement 2 p. 100 d'un extrait huileux d'espèces ... et notamment d'écorce d'oranges amères. Le goût ... très vigoureux. On ne peut pas dire que le médicament ... pas son origine, mais le goût de poisson est très atténué ... parfum d'orange domine énergiquement. Le grand avantage de ce produit, avantage constaté chez un grand nombre de malades, soit enfants, soient adultes, c'est que l'huile ne s'émulsionne pas dans l'estomac et ne provoque pas l'indigestion; jamais il ne se produit de renvoi à odeur de poisson. Si des renvois ont lieu, ce sont des rejets d'orange, qui n'incommodent aucunement. En outre, les essences mélangées à l'huile ont naturellement la propriété d'exciter l'appétit.

Grâce à ces avantages, il a été possible de faire tolérer à des malades de grandes quantités d'huile, 100 à 150 grammes par jour, sans qu'il se soit jamais manifesté d'intolérance.

Ce médicament a une autre supériorité sur les émulsions, c'est qu'il contient pratiquement poids pour poids d'huile et que par conséquent on n'est pas obligé de doubler au moins la quantité de liquide avalé par le malade. Ceci est très vivement apprécié, surtout par ceux qui prennent difficilement l'huile de foie de morue.

Comme on le voit, par ces propriétés vraiment nouvelles, ce

médicament représente un sérieux perfectionnement parmi les procédés qui ont été imaginés pour corriger les difficultés du traitement par l'huile de foie de morue. Aussi, en raison même de ces difficultés, croyons-nous bien faire en appelant sur le jécoriol l'attention des praticiens, malgré notre habitude de ne pas parler des produits spécialisés.

## REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

### Thérapeutique médicale.

**Traitement de la pneumonie par le gaïacol.** — Le Dr G. Cain (*Therap. Gazette*, 1908, no 1) prétend avoir traité 50 cas de pneumonie avec le gaïacol sans aucun insuccès.

Le médicament est appliqué en frictions sur la peau, de préférence sur l'abdomen où l'absorption est plus rapide, à moins que l'on ne veuille remédier à un point de côté en badigeonnant l'endroit douloureux avec le gaïacol. On ne doit pas faire deux applications à la même place. La peau est d'abord nettoyée au savon et à l'eau ou à l'éther. On verse ensuite le gaïacol goutte à goutte avec un compte-gouttes et on l'étend avec l'extrémité d'un doigt; l'absorption a lieu en une ou deux minutes. La dose est de 0,5 à 2 cc.; la meilleure dose est de 1,2 cc. pour les adultes et de 0,6 cc. pour un enfant d'un an.

L'action du remède est très rapide. Au bout d'une heure environ, le malade respire plus librement, la température, le pouls, la respiration et la couleur de la peau commencent à s'améliorer.

En six heures la température tombe de deux à quatre degrés, et les symptômes généraux prennent une tournure favorable.

Le traitement ne se répète que toutes les deux heures et, dans les cas légers, une seule friction suffit; en moyenne, le nombre de frictions varie entre trois et quatre.

Cette méthode thérapeutique paraît arrêter la maladie dans quelques cas, et dans les autres cas, elle en abrège le cours et la rend moins grave.

Dans la majorité des cas, les signes physiques ne pouvaient évoluer quand le traitement était commencé.

Rarement l'auteur a été obligé d'avoir recours à une autre médication; les toniques, les stimulants et les expectorants ont été rarement employés. La liberté du ventre a été maintenue, le malade alimenté légèrement, et la chambre largement aérée.

**Traitement du tétanos.** — Le Dr A. Gasparini (*Gazz. d. Ospedali*, 1907, nº 147), rapporte 5 cas de tétanos traumatique dont l'un fut traité par la méthode ordinaire ou symptomatique, et les quatre autres par la méthode symptomatique combinée avec la sérothérapie spécifique.

Le traitement symptomatique consistait dans l'administration de chloral à raison de 10 grammes par vingt-quatre heures pour procurer quelque relâchement des muscles contractés, le sommeil et un peu de repos aux malades isolés dans une chambre spéciale loin du bruit et de la lumière.

Il recourut aussi au bain chaud à 40°, répété trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures suivant la gravité de l'infection, d'une durée d'une demi-heure ou plus suivant la tolérance individuelle, afin de permettre l'élimination des toxines par la voie cutanée et rénale. Le cas unique traité de cette façon fut suivi de guérison.

Dans les 4 autres cas suivis également de guérison, le traitement précédent fut combiné avec l'emploi du sérum antitétanique Tizzoni par voie hypodermique.

Suivant la gravité de symptômes, on injectait des doses totales variant de 5.000.000 U. T. à un maximum de 11.500.000 U. T, à raison de 1.500.000 U. T. matin et soir, répétées suivant les cas à des intervalles plus ou moins éloignés.

**Sur le traitement des infections par la stase hyperémique.** — La thérapeutique par la stase est pratiquée à l'aide d'une bande élastique de 6 centimètres de large, appliquée à proximité de l'inflammation. Il faut aussi prendre en considération l'état du

malade, de façon que la constriction soit tolérée le mieux possible. De cette façon les phénomènes inflammatoires sont moins intenses, puis survient une détente des douleurs, une amélioration de l'état général; le cours de la maladie est raccourci, la suppuration et le danger de nécrose évités. MAC LERMAN (*The Practit.*, 1907, octobre) put se convaincre de l'action favorable de cette nouvelle médication.

L'auteur appliqua, en outre, la nouvelle méthode d'hyperémie par succion au traitement des abcès. Après évacuation de l'abcès par ponction, on applique l'appareil aspiratoire pendant 1 heure. Toutes les 5 minutes, on donne une détente de 3 minutes.

Le traitement par stase est prophylactique dans les blessures suspectes, et est indiqué dans les fractures compliquées. Même dans les maladies chroniques, la stase s'est montrée efficace, spécialement dans la tuberculose articulaire; cependant il est à recommander de n'exercer la constriction que pendant peu de temps. La méthode de Bier a l'avantage de supprimer les grandes incisions, de diminuer le nombre des interventions opératoires et de procurer la guérison dans maints cas où les autres méthodes échouent.

**Traitement de la paralysie faciale par la greffe nerveuse.** — La greffe nerveuse dans la paralysie faciale date déjà de 9 ans; mais elle commence à prendre droit de cité. Ainsi aux 57 cas d'anastomoses du facial avec différents nerfs voisins, H. ITO et V. SOYESIMA (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, vol. XC, n° 1-3) viennent d'ajouter 6 cas nouveaux qui leur sont personnels.

Dans tous les cas, il s'agissait de paralysies rhumatismales, qui persistaient depuis 1 à 35 ans. Deux fois fut pratiquée l'anastomose du facial et de son nerf accessoire, et 4 fois celle du facial et de l'hypoglosse. Le rétablissement partiel du mouvement du côté paralysé eut lieu, dans deux cas concernant des individus jeunes de 14 à 20 ans, de très bonne heure; dans les autres cas, ils ont lieu au bout de quelques mois, voire même au bout d'une année.

Dans les 2 cas traités par anastomose du facial avec le nerf accessoire, on observa des mouvements synergiques très incommodes dans les muscles commandés par le nerf accessoire, en raison de l'innervation du facial, tandis que par l'anastomose avec l'hypoglosse, les troubles de la parole et de la déglutition disparurent bientôt.

**Heureux résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose et de la lèpre au moyen d'un produit albuminoïde métabolique d'un bacille découvert à Boshof en 1898.** — S.-F. Wernick (*Lancet*, 1907, 13 et 20 avril) obtint, avec les produits d'un micro-organisme trouvé à Boshof en 1898, qui paraît appartenir au groupe du Bacillus subtilis, des succès remarquables dans le traitement de la phtisie pulmonaire, de la tuberculose cutanée et de la lèpre.

## Hygiène et toxicologie.

**Traitement de la conjonctivite blennorragique de l'adulte par les grands lavages avec une solution très faible de permanganate de potasse** (*Semaine Médicale*). — Il y a treize ans que M. Kalt a préconisé une méthode nouvelle de traitement de la conjonctivite blennorragique, aussi bien chez le nouveau-né que chez l'adulte, consistant à faire de grands lavages du sac conjonctival avec une solution de permanganate de potasse au titre de 1/3.000 à 1/5.000. placée dans un récipient élevé de 30 centimètres environ au-dessus de la tête du malade. Accueillie au début avec faveur, cette méthode n'est pourtant pas passée dans la pratique courante: aussi nous paraît-il intéressant de signaler les bons résultats qu'elle a donnés — avec quelques modifications dans le titre des solutions et le dispositif instrumental — entre les mains de M. le docteur A. von Hippel, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Gœttingue, résultats que M. le docteur H. Davids, assistant de ladite clinique, vient de faire connaître.

Disons tout d'abord que nos confrères allemands restreignent l'emploi de la méthode à l'ophtalmie gonoccique de l'adulte, où trop souvent le traitement classique par les sels d'argent reste sans influence sur les complications cornéennes, principal danger de l'affection; il en va tout autrement de la conjonctivite du nouveau-né qui, en règle générale, guérit parfaitement par les cautérisations au nitrate d'argent, tandis que l'usage du permanganate de potasse leur a paru aggraver plutôt les lésions de la cornée.

En outre, MM. von Hippel et Davids abaissent notablement le titre de la solution utilisée, puisque celui-ci ne dépasse pas 1/15.000. Enfin, au lieu d'employer comme canule pour les lavages une sorte de petit entonnoir de verre glissé sous les paupières (manœuvre toujours délicate et parfois dangereuse), ils se servent tout simplement d'un tube de verre effilé, avec lequel on pratique les irrigations sur la face muqueuse des paupières préalablement renversées, ou du moins, quand ce renversement est impossible, aussi largement écartées que le permet le gonflement des tissus.

Ajoutons que, tout comme dans la méthode originale de M. Kalt, les lavages sont pratiqués 3 fois le premier jour, puis 2 fois par vingt-quatre heures les jours suivants.

Sur 15 yeux atteints d'ophtalmie blennorragique et traités de la sorte par MM. von Hippel et Davids, aucun n'a été complètement perdu, et 5 ont conservé une acuité visuelle allant de 0.3 à 1. Au contraire, sur une série antérieure comprenant 35 cas soumis au traitement habituel, 5 — soit 14 p. 100 — aboutirent à la perte définitive de l'œil, et 16 fois il subsista une acuité de 0.3 à 1.

De la comparaison de cette double série de faits, on peut donc conclure que, si la méthode de Kalt modifiée n'a pas de supériorité dans les cas à évolution favorable — voire même que la proportion de ceux-ci, d'après les chiffres donnés, serait plus faible — elle offre par contre l'avantage manifeste de prévenir les véritables désastres qui surviennent trop souvent malgré l'emploi des sels d'argent.

# FORMULAIRE

## Potion contre les laryngites aiguës de l'enfance.

L'élément spasmodique vient compliquer habituellement les laryngites aiguës dans les premières années ; pour diminuer l'excitabilité du système nerveux laryngé, administrer par cuillerées à dessert la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Julep gommeux ........................ | 60 gr. |
| Codéine................................. | 0 » 01 |
| Bromure de potassium .................. | 1 » |
| Sirop de fleurs d'oranger ............... | 30 » |

Les premières cuillerées seront données à intervalles rapprochés pour produire la sédation. Tenir l'enfant dans une atmosphère saturée de vapeur d'eau. Si le tirage et la suffocation deviennent menaçants, recourir au tubage.

(*Clinique infantile.*)

## Mixture pour exciter l'appétit des enfants sevrés.

| | |
|---|---|
| Eau distillée............................ | 200 gr. |
| Bicarbonate de soude.................... | 5 » |
| Sirop de quinquina........................ | 50 » |
| — de gentiane ...................... | 50 » |

Une cuillerée à soupe cinq minutes avant les prises d'aliment, trois fois par jour.

(*Clinique infantile.*)

*Le Gérant* : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

# LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## QUATORZIÈME LEÇON

### Le traitement d'un cas de dyspepsie hypersthénique retardée,

par M. le professeur ALBERT ROBIN
de l'Académie de médecine.

I

La classification très simpliste des dyspepsies que je vous ai exposée au début de ma deuxième Leçon et les applications thérapeutiques que comportent cette classification, semblent mises en échec par la malade que je vous présente aujourd'hui. Je n'aurai pas de peine à vous démontrer que ce n'est là qu'une apparence. Un type morbide comprend autant de cas particuliers qu'il y a de malades, parce que chacun de ces derniers réalise le type en question suivant son individualité; mais tous ces cas particuliers présentent l'un avec l'autre des affinités qui permettent de reconnaître le type initial derrière les modifications qui lui sont imposées par chaque idiosyncrasie.

Cette jeune femme de 21 ans se plaint de troubles gastriques très pénibles, et qui permettaient, au premier abord, de la ranger, à notre choix, dans l'une de nos trois catégories de dyspepsies (hypersthénie, hyposthénie, fermentations gastriques). Alors, comment fixer le diagnostic et par conséquent le traitement?

Examinons-la. C'est une ménagère qui exerce une profession pénible et mal rémunérée. Elle se surmène et elle est mal nourrie.

En avril 1906, elle a eu une première crise de dyspepsie. Elle digérait mal, souffrait après ses repas et même rejetait

... aliments. Elle s'est reposée et a semblé guérir. Plus tard, quatre autres crises successives sont survenues, et elle est entrée dans notre service en pleine sixième crise.

Chez elle, l'appétit est conservé. Elle mange volontiers, mais, immédiatement après les repas, elle se sent lourde, troublée et les aliments lui remontent à la gorge. Ils sont rejetés par petites portions et presque sans efforts. Or, si on les examine, ils présentent une réaction neutre ou à peine acide. On n'y trouve pas d'acide chlorhydrique, mais seulement des traces minimes d'acide lactique et d'acide butyrique.

Cette absence d'HCl libre semblerait fixer aussitôt le diagnostic, et en nous fondant sur ce signe et sur les malaises, les pesanteurs que la malade éprouve aussitôt après son repas, nous serions fondés à admettre qu'il s'agit d'hypofonctionnement de l'estomac, c'est-à-dire d'un cas de notre deuxième catégorie (hyposthénie gastrique).

Mais attendons quelques heures : vers 4 à 5 heures du soir, la scène change. Notre malade accuse une vive douleur en forme de crampe, de tiraillement ou de malaise au niveau du creux épigastrique. Cette douleur s'irradie dans le dos, et remonte dans le sternum. Elle s'accompagne d'éructations, de bâillements, et d'un grand malaise général. Si, à ce moment, on veut évacuer l'estomac par la sonde, on s'aperçoit qu'il est à peu près vide d'aliments, et la sonde ne ramène que des détritus du repas précédent, au milieu d'un liquide hyperacide dont voici la composition :

| | |
|---|---|
| Acide chlorhydrique libre.............. | 2 gr. |
| — combiné aux albuminoïdes........ | 2 » 40 |
| — — bases ammoniacales.... | 0 » 05 |
| — de fermentation (en HCl)......... | 0 » 80 |

Soit une chlorhydrie de 4 gr. 45, avec une acidité totale de 5 gr. 20 !

Voici donc un cas bien fait pour embarrasser le médecin. Cette malade est, en effet, hyposthénique à certaines heures et hypersthénique à d'autres. Si elle était allée consulter un médecin après son déjeuner, celui-ci aurait donc pu porter un diagnostic tout différent de celui qu'aurait adopté un autre médecin consulté quelques heures plus tard.

En réalité, comme je vous le montrerai tout à l'heure, ce cas est cependant des plus simples.

Mais je poursuis d'abord le récit de notre observation, afin de vous en faire ressortir toute la complexité apparente.

Trois jours après, je fais faire par M. Bournigault un nouvel examen du chimisme gastrique de cette malade. Après un repas d'épreuve, donné à jeun, à 7 heures du matin, la malade est sondée et voici ce que donne l'analyse :

| | | | |
|---|---|---|---|
| HCl libre | 1 | gr. | 50 |
| HCl combiné aux albuminoïdes | 1 | » | 70 |
| HCl combiné aux bases ammoniacales | 0 | » | 50 |
| Acides de fermentation en HCl | 0 | » | 50 |

Soit une chlorhydrie de 3 gr. 70, avec une acidité totale de 4 gr. 20.

A 5 heures du soir, un nouvel examen dénote une chlorhydrie atteignant le chiffre énorme de 5 gr.

## II

Comment allons-nous interpréter ce cas qu'il paraît impossible de classer dans l'un de nos trois types de dyspepsie?

Les cas de ce genre, je les ai cru rares, quand, il y a quelques années, j'ai publié mon *Traité des maladies de l'estomac*. J'estimais, à cette époque, leur proportion à 2 ou 3 p. 100 du nombre des dyspepsies total. Aujourd'hui, ayant appris à les mieux dépister, je les trouve, au contraire, beaucoup plus nombreux, et je ne crois pas être loin de la vérité en

... leur fréquence de 10 à 15 pour 100 des dyspeptiques que je rencontre.

Ces malades ont de l'appétit, ou plus exactement, s'ils se mettent à table sans avoir faim, leur appétit s'éveille à mesure qu'ils mangent. Chez eux, suivant la formule, l'appétit vient en mangeant. Ils quittent même la table sans se sentir complètement rassasiés, et, petit détail que j'ai souvent observé et qui est pour moi caractéristique, on les voit emporter, en se retirant, un morceau de pain ou un fruit qu'ils continuent de manger après leur repas.

Au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure, la face se congestionne. Chez les femmes, le bout du nez rougit, ce qui les contriste fort et les détermine à vous consulter. Puis, c'est une sensation de plénitude gastrique, de gonflement, qui amène les hommes à déboutonner leur ceinture et les femmes à dénouer leur corset.

Une sensation plus ou moins profonde de fatigue physique et intellectuelle les envahit. Ils éprouvent le besoin de s'allonger dans un fauteuil, cherchent vainement à lire, rejettent le livre où le journal et finissent par céder au sommeil.

Si ce sommeil est court et n'excède pas 15 à 20 minutes, le malade, au réveil, se trouve tout à fait à l'aise. Si le sommeil se prolonge davantage, il se réveille brisé de fatigue, la tête vide, l'esprit triste.

Puis ce sont des malaises divers, variables suivant les sujets : l'un se plaindra de vertiges, l'autre d'intermittences ou de palpitations cardiaques, etc. Mais ce qui ne manque presque jamais, ce sont des *régurgitations* d'aliments, revenant à la bouche sans effort, sans nausées, et semblant remonter sans contractions de l'estomac. Ces régurgitations n'ont d'autre saveur que celle des aliments qui les constituent;

elles sont presque sans odeur et ne donnent pas l'impression d acidité.

Tantôt le malade les ravale par une sorte de rumination; tantôt il les crache, et certains expulsent ainsi une notable partie du repas qu'ils ont pris.

Les régurgitations terminées, vient une période de bien-être pendant laquelle on peut travailler à l'aise ou vaquer à ses occupations. Mais, plus tard, 3 à 5 heures après le repas, surviennent un malaise général, de la lassitude, des bâillements incoercibles, une salivation épaisse avec besoin de crachottements, tous symptômes précurseurs ou contemporains d'une crise douloureuse à siège épigastrique et a irradiations variées. Chaque malade apprécie cette crise à sa manière et lui donne un nom qui répond à la sensation individuellement perçue. Aussi, combien de différençes dans les expressions par lesquelles ils les traduisent. Et ce n'est pas l'une des moindres difficultés du diagnostic, puisque derrière ces expressions dissemblables, le médecin doit savoir dépister la crise d'hyperacidité.

Pour les uns, c'est une fringale qui les oblige à prendre un aliment quelconque, s'ils sont à la maison, ou à faire, s'ils sont dehors, une station chez un pâtissier. D'autres éprouvent une sensation de brûlure, ou ressentent comme une colonne de feu qui part de l'estomac, remonte dans l'œsophage et se résout dans la bouche par une régurgitation acide. Il en est qui accusent une douleur dorsale, avec sensation de transfixion, ou qui se plaignent de crampes d'estomac, de tiraillements, de pesanteurs douloureuses, de barre, de torsion, etc.

Les irradiations de la crise ne sont pas moins diverses. Elles masquent le foyer douloureux originel, et j'ai vu commettre, à leur propos, d'innombrables erreurs de dia-

gnostic. Par exemple, l'irradiation hépatique simule, à s'y méprendre, la colique hépatique, et les irradiations du retentissement cardiaque font croire au malade qu'il est atteint d'une affection du cœur, et c'est du côté de cet organe qu'il appelle avant tout l'attention du médecin.

Après l'émission de gaz par la bouche ou par l'anus, la crise s'atténue. Elle diminue aussi par l'ingestion des aliments, mais souvent pour reprendre ensuite avec plus d'intensité.

Vient l'heure du dîner. On se met à table avec un appétit variable, et dès les premières bouchées les malaises se dissipent. Le dîner fini, les symptômes précédents se reproduisent dans le même ordre qu'après le déjeuner, mais avec une intensité moindre.

Au moment du coucher, le malade se sent assez bien et s'endort aussitôt d'un profond sommeil. Mais une à trois heures après, à une heure à peu près fixe pour chaque sujet, celui-ci se réveille en proie à une douleur épigastrique qui présente cette particularité que s'il bouge dans son lit, sa douleur le suit, quelle que soit la position qu'il prenne. S'il se couche sur le côté gauche, la douleur se porte à gauche. Elle dévie à droite, s'il se retourne de ce côté. Elle devient dorsale, s'il se couche sur le dos, et épigastrique s'il essaie de l'atténuer en se mettant sur le ventre.

D'autres fois, le réveil nocturne est provoqué par une sensation de vertige; il semble que le lit se balance et soit porté sur des vagues. Ou encore, c'est un état d'angoisse, avec étouffements, pouls précipité ou intermittent.

Vous observerez encore des réveils occasionnés par d'intolérables démangeaisons, plus intenses aux extrémités, entre les doigts et les orteils, par exemple. Certains malades se réveillent avec une insupportable sensation de chaleur,

rejettent leur couverture et se soulagent en restant le corps découvert pendant quelques minutes.

Chez d'autres aussi, il n'y a pas de réveil, à vrai dire; mais ce sont des cauchemars très pénibles, qui affectent certaines formes, toujours les mêmes; tantôt le malade rêve qu'il tombe dans un précipice, tantôt qu'il marche sans toucher le sol, dans une sorte de lévitation, ou même qu'il sort de chez lui tout nu ou sans pantalon.....

Après une telle nuit, les malades sont épuisés de fatigue, et tous vous déclarent qu'ils sont moins reposés quand ils se lèvent que quand ils se couchent.

## III

Tels sont les faits. Cherchons-en l'explication.

Au moment où un individu bien portant se met à table, son estomac est vide; à peine est-il humecté par une sécrétion muqueuse légèrement acide.

Quand les aliments tombent dans cet estomac, ils provoquent une excitation qui déclanche automatiquement la sécrétion gastrique, en même temps que le pylore se ferme. Cette sécrétion est acide et restera telle jusqu'à la fin du travail stomacal.

La digestion gastrique fait passer les albuminoïdes du repas par les étapes successives qui les dénaturent et les rendent assimilables, et l'acidité du contenu en diminue d'autant, puisque la plus grande partie de l'HCl sécrété se combine à ces albuminoïdes. A ce moment, le pylore s'ouvre, la bouillie gastrique passe dans le duodénum où son acidité est neutralisée par les produits des sécrétions biliaire, pancréatique et brunnérienne. La digestion intestinale, vous le savez, ne peut s'accomplir en milieu acide.

Chez notre malade, les choses se passent tout autrement.

En effet, les analyses que je vous ai soumises tout à l'heure démontrent que l'excitation produite par les aliments est insuffisante pour déclancher la sécrétion gastrique. Ceux-ci séjournent donc dans l'estomac, sans y subir de véritable digestion, ce qui est encore démontré par la nature des régurgitations et des vomiturition survenant après le repas. C'est à cette période de stase inutile que se rapporte la première série des symptômes éprouvés par le malade. Ceux-ci correspondent exactement à ce que l'on observe dans l'hypofonctionnement de l'estomac ou hyposthénie gastrique. Pas d'acidité sécrétoire, stase sans effet digestif pendant laquelle la masse chymeuse subit un commencement de fermentation, puis évacuation partielle de cette masse dans le duodénum, tels sont les actes qui tiennent sous leur dépendance le premier ensemble de symptômes.

Mais cette sécrétion gastrique, que le contact des aliments a été impuissante à provoquer immédiatement, se produit quelques heures après le repas, alors que ces aliments effectuent leur passage dans l'intestin. C'est alors qu'éclate cette vraie crise dont je vous ai donné la description et qui affecte des caractères différents après le déjeuner et après le dîner, et aussi suivant la personnalité des sujets. En somme, les malades de ce type sont des hyposthéniques après leur repas, et des hypersthéniques quelques heures plus tard, d'où le nom que je leur ai donné d'*hypersthéniques retardés* Et ceci explique encore comment ces malades sont pris tantôt pour des hyposthéniques, tantôt pour des hypersthéniques, suivant la période de la journée à laquelle on les examine.

Mais comment expliquer que, chez notre malade, un repas d'épreuve administré à jeun ait donné une analyse com-

portant une chlorhydrie très élevée? Ce repas d'épreuve a-t-il donc été capable de provoquer une sécrétion gastrique hyperacide, alors qu'un repas ordinaire est impuissant à le faire?

Nullement; en examinant les matières ramenées par la sonde, on y trouvait, en assez grande quantité, des débris du repas de la veille au soir, ce qui démontre que le repas n'avait pas été évacué dans l'intestin au moment où la sécrétion gastrique retardée s'était produite. Et le spasme pylorique, qui engendre presque toujours l'hyperacidité gastrique, avait retenu dans la cavité gastrique, jusqu'au matin, une partie du repas du soir mélangé au suc hyperacide. C'est surtout dans ces cas qu'on observe les crises nocturnes à forme de cauchemar.

Voilà donc *deux variétés* de dyspepsie hypersthénique retardée, l'une simple, l'autre compliquée de stase nocturne. Cette dernière variété, dont notre malade nous offre un exemple très net, est beaucoup moins fréquente que la première. Elle n'est aussi que le prélude d'une *troisième variété* dans laquelle la stase devient permanente, ce qui fait rentrer cette variété dans le type clinique ordinaire de l'hypersthénie gastrique dont elle ne diffère, en somme, que par son mode de début.

En réalité, quand une thérapeutique appropriée ne modifie pas la variété simple de cette dyspepsie hypersthénique retardée, elle tend à passer successivement à la deuxième, puis à la troisième variété qui n'en sont que des étapes évolutives, conduisant à l'hypersthénie gastrique permanente.

## IV

Au type morbide que je viens de vous exposer correspond

un programme de *traitement* d'une précision pour ainsi dire mathématique.

Puisque le contact des aliments avec la muqueuse de l'estomac ne suffit pas pour mettre en activité sa sécrétion retardante, vous superposez à cette excitation normale et insuffisante une stimulation médicamenteuse.

Nous n'avons que l'embarras du choix.

C'est d'abord l'*Elixir de Gendrin*, une vieille préparation oubliée bien à tort et qui m'a rendu de grands services comme stimulant gastrique. Elle consiste en une dissolution de carbonate de potasse dans des extraits aqueux de plantes aromatiques et amères. Voici la formule :

| | |
|---|---|
| Eau distillée de menthe........... | 250 gr. |
| Extrait de cascarille............. | } ãã 5 gr. |
| — d'absinthe................ | |
| — de gentiane............... | |
| — de myrrhe................. | |
| Fleurs de camomille.............. | 6 gr. |
| Ecorces d'oranges amères......... | 10 » |
| Sous-carbonate de potasse......... | 15 » |

On l'administre à la dose d'une petite cuillerée à café, dans un peu d'eau, de cinq à dix minutes avant le repas.

Voici une deuxième préparation, plus active peut-être, dans laquelle j'associe plusieurs agents dont les effets convergent vers le même but de la stimulation gastrique :

| | |
|---|---|
| Sulfate de potasse............... | } ãã 0 gr. 05 |
| Azotate de potasse............... | |
| Bicarbonate de soude.............. | 0 » 25 |
| Carbonate de chaux précipité...... | 0 » 10 |
| Poudre d'ipéca.................... | 0 » 02 |

Pour un cachet.

Chacun des éléments de cette formule possède son activité propre. Le *sulfate* et l'*azotate de potasse* sont des stimulants osmotiques. Le *bicarbonate de soude*, à petite dose, excite la sécrétion acide des glandes gastriques, en raison

de sa réaction alcaline. Le *carbonate de chaux*, alcalino-terreux, a les mêmes effets auxquels son peu de solubilité lui permet de joindre une excitation mécanique. L'*ipéca*, à la dose faible de 2 centigrammes, est un excitant dynamique de la sécrétion et des mouvements de l'estomac.

Prescrivez un tel cachet, de cinq à dix minutes avant le repas.

Plus tard, pour corroborer ces actions stimulantes et aider à l'évacuation rapide du contenu stomacal, vous donnerez des médicaments agissant sur l'innervation et sur la musculature de l'organe. J'emploie le plus souvent encore l'ipéca associé à la *teinture de fèves de Saint-Ignace*, qui renferme trois alcaloïdes excito-moteurs, la strychnine, la brucine et l'igasurine :

| | |
|---|---|
| Teinture de fèves de Saint-Ignace.......... | 6 gr. |
| Teinture d'ipéca.......................... | 2 » |
| Teinture de badiane...................... | 4 » |

Mêlez et filtrez.

VIII gouttes dans un peu d'eau, à prendre aussitôt après chaque repas.

Au moment où la crise douloureuse éclate — car elle se manifestera pendant quelques jours encore après le début du traitement — il faut aussitôt saturer l'acidité du contenu gastrique, et cela dès l'apparition des premiers symptômes avant-coureurs, bâillements, salivation, constriction pharyngée, etc. En procédant ainsi, vous êtes certains de réussir presque à coup sûr : aussi conseillerez-vous à votre malade d'avoir toujours sur lui, dans son portefeuille, un des paquets de saturation que je vais vous formuler et qu'il devra absorber, où qu'il se trouve, aussitôt qu'il sentira venir les approches de la crise, et cela sans perdre une minute, sans attendre, comme on l'entend dire souvent, pour voir si cela va se passer.

Voici ces paquets :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Hydrate de magnésie....... | | 1 | gr. | 50 |
| Bicarbonate de soude...... | | 1 | » | 25 |
| Sucre en poudre........... | | 2 | » | |
| Codéine................... | 0 gr. 005 à | 0 | » | 01 |
| Sous-nitrate de bismuth... | | 0 | » | 80 |
| Carbonate de chaux précipité.................. | | 0 | » | 80 |

Pour un paquet.

Cette formule n'est qu'un canevas, et vous en ferez varier à votre gré les éléments, selon l'état des fonctions intestinales. Si le malade a facilement de la diarrhée, vous diminuerez la proportion de la magnésie et vous augmenterez celle du sous-nitrate de bismuth. S'il a de la tendance à la constipation, vous élèverez le taux de la magnésie à 2 gr. et vous diminuerez celui du sous-nitrate de bismuth.

Si, après la prise de ce paquet, la douleur n'est pas passée au bout d'une demi-heure, vous en donnerez un second, et généralement cela suffit. La nuit, en cas de réveil, donnez un nouveau paquet.

D'ailleurs, pour éviter la stagnation des aliments du dîner jusqu'au matin et empêcher la prolongation d'une irritation de la muqueuse, qui peut transformer l'hypersthénie retardée en hypersthénie permanente, vous conseillerez de prendre un de ces paquets, à titre préventif, au moment du coucher, et cela jusqu'à ce que le malade ait passé deux nuits successives sans réveil, ni cauchemar, ni troubles d'aucune sorte.

Si ce traitement est pratiqué pendant huit jours avec une rigueur absolue, vous pouvez prédire la guérison à votre malade, à la condition, bien entendu, de suivre le régime assez large dont je vais vous donner le détail, et de se soumettre à quelques prescriptions d'hygiène générale.

Comme *régime*, vous recommanderez de prendre, le matin, un premier déjeuner substantiel, mais qui soit un repas sec : un œuf à la coque, des fruits cuits, un petit-beurre ou un peu de pain grillé ; pas de boisson, si possible, et, pour le cas où cette prescription serait trop pénible, deux ou trois cuillerées à soupe d'eau chaude faiblement teintée par une parcelle de thé.

Aux repas, éviter avant tout le beurre cuit, les sauces, les graisses, les fritures, les ragoûts, la charcuterie, les hors-d'œuvre, les crudités. Tous les aliments doivent être très cuits.

Comme boisson, vous donnerez une eau minérale stimulante, telle que celle de *Pougues* (Saint-Léger) ou de *Vichy* (Célestins) et toujours en petites quantités.

On choisira de préférence parmi les aliments suivants :

Pot-au-feu du jour ; viandes bien cuites, bouillies, rôties ou braisées. Toutes sont permises, ainsi que tous les poissons cuits au court-bouillon (sauf les poissons très gras (anguille, hareng, saumon et carpe), œufs à la coque, peu cuits ou pochés. Légumes cuits à l'eau à l'anglaise. Ajouter un peu de beurre frais quand le plat est sur la table. Pâtes, vermicelles, macaronis, préparés de même. Comme pain, rien que du pain grillé et en petite quantité.

Entremets, tels que crèmes renversées, gâteaux de riz ou de semoule ; éviter le chocolat et les puddings. Compotes, confitures. Pas de fruits crus. Terminer le repas par une tasse d'infusion aromatique très chaude.

Après le repas, repos d'une demi-heure dans un fauteuil. Si le malade cède au sommeil, laissez-le faire, pourvu que ce sommeil soit de courte durée. Ensuite, il devra faire une courte promenade à pied.

Le matin, au réveil, tub tiède et gymnastique de chambre ou mouvements d'assouplissement.

Comme je vous l'ai dit, vous pouvez, avec cette méthode, traiter à coup sûr cette forme de dyspepsie relativement fréquente. Vous serez en droit de promettre à votre malade, si toutefois ces prescriptions ont été accomplies à la lettre, la guérison à courte échéance, sans crainte de voir vos prévisions démenties.

*P. S.* — La malade, entrée le 24 mai à l'hôpital Beaujon, suivit strictement son traitement, et sortit le 8 avril, se sentant très bien et ayant passé six jours sans crises et sans aucun trouble nocturne.

---

## PSYCHOTHÉRAPIE

### Les états neurasthéniques et leur traitement (1),

par M. le Dr Marcel VIOLLET,
Médecin des Asiles.

(*Suite.*)

III

*Les états neurasthéniques symptomatiques et les états neurasthénoïdes dans les maladies mentales.*

*B.* — *Les états neurasthéniques symptomatiques.*

Au sujet de ces états neurasthéniques, nous pouvons reprendre ce que nous avons dit au sujet des états neurasthéniques idiopathiques : le malade qui en est atteint est un prédisposé, il a une hérédité fâcheuse, on trouve dans ses antécédents personnels des stigmates psychiques donnant à son caractère, à ses facultés au travail, à sa manière d'orienter sa vie une modalité particulière,

(1) Suite. — Voir le nº du 30 août.

qui en faisait à proprement parler un neurasthénique avant la lettre.

Seulement, l'exagération des phénomènes, au lieu de survenir spontanément ou à la suite d'un trauma purement moral, comme dans le cas d'état neurasthénique idiopathique, est déterminé par une maladie organique. Le rôle que joue cette maladie organique dans la production de l'état neurasthénique est tout à fait particulier. Il ne ressemble en rien au rôle que joue, par exemple, une scarlatine dans la production d'une néphrite scarlatineuse, ni à celle que joue une diphtérie dans la production d'une paralysie diphtérique. La maladie organique ne saurait porter exactement le nom de maladie concomitante, puisqu'elle a, en quelque sorte, déterminé l'apparition de l'état neurasthénique ; on ne peut pas, non plus, la décorer du nom de maladie causale, en raison de l'absence d'une réelle liaison étiogénique entre sa nature propre et les symptômes neurasthéniques. Le nom qui lui siérait le mieux serait celui de maladie-prétexte. Elle appelle l'attention de l'individu, héréditairement prédisposé sur sa santé, — et les craintes à ce sujet n'avaient antérieurement déjà que trop de tendances à inquiéter le préneurasthénique. Elle lui fournit des symptômes morbides qu'il grossit d'une manière hypochondriaque. Les stigmates névropathiques anterieurs s'exagèrent, s'exaspèrent. Et on se trouve en présence d'un malade qui non seulement réagit anormalement, psychopathiquement, pourrait-on dire, vis-à-vis d'une maladie générale, mais encore, en vertu d'une prédisposition héréditaire réveillée et révélée au maximum, y ajoute des symptômes purement virtuels, de son cru.

Nombreuses sont les affections capables de déterminer l'apparition de tels états neurasthéniques, qui ont été décrites par les auteurs :

Dyspepsie sans hyperchlorhydrie [Bouveret (1)], dyspepsie avec

(1) Bouveret, cité par Guinon, *Manuel de médecine*, t. IX, art. Neurasthénie.

hyperchlorhydrie [Mathieu (1), Hayem (2)], dyspepsie avec dilatation de l'estomac [Malibran (3)], dyspepsie avec ptose stomacale [Glénard (4)], maladie de Reichmann [Mathieu (5)], stase permanente avec hyperchlorhydrie, avec ou sans hyperacidité organique [Bouchard (6), Luzzato (7)];

Troubles intestinaux divers [Ballet (8)], entéro-colite muco-membraneuse [Bouveret (9)].

Affections rénales [Berbez (10)], néphroptose [Ruggi (11)].

Affections vésicales [Guyon (12)].

Affections génitales chez l'homme [Féré (13), Gattel (14), Higier (15), Manaud (16), Saussal (17), Malapert (18), Mangazzini (19)].

---

(1) Mathieu, cité par id., *loc. cit.*

(2) Hayem. *Sur un cas de chloro-dyspepsie avec neurasthénie* (*Méd. mod.*, 1897, n° 6).

(3) Malibran, cité par id., *loc. cit.*

(4) Glénard, cité par id., *loc. cit.*

(5) Mathieu, cité par id., *loc. cit.*

(6) Bouchard, cité par id., *loc. cit.*

(7) Luzzato *Un cas de méricisme avec notables altérations du chimisme gastrique* (*Rivista veneta di sc. med.*, anno XIX, fasc. 3, 15 fév. 1897).

(8) Ballet. *Les troubles intestinaux dans la neurasthénie* (*Journ. des praticiens*, 28 avril 1905).

(9) Bouveret, cité par id., *loc. cit.*

(10) Berbez. *Anurie neurasthénique* (*Gaz hebdom.*, 29 mai 1898).

(11) Ruggi *Pathogénie et traitement de la neurasthénie observée en certains cas de néphroptose* (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1er juin 1904)

(12) Guyon, cité par Guinon, *loc. cit.*

(13) Féré. *Contribution à l'histoire de la neurasthénie sexuelle* (*Rev. de méd.*, 10 mars 1905, n° 3, p. 169).

(14) Gattel. *Causes sexuelles de la neurasthénie et de la névrose anxieuse*, Berlin, 1898.

(15) Higier. *Thérapeutique de la neurasthénie sexuelle* (*Neurol. Centralbl.*, n° 6, 16 mars 1904, p. 256).

(16) Manaud. *La neurasthénie d'origine sexuelle* Thèse de Lyon 1901.

(17) Saussal. *Varicocèle et hypochondrie*. Thèse de Paris 1897.

(18) Malapert. *Psychopathies uréthrales* (*Ann. méd. chir. du Centre*, 1er mai 1904).

(19) Mangazzini. *La neurasthénie spinale sexuelle* (*Bollet. delle cliniche*, juillet 1904, p. 289).

Affections génitales chez la femme [Chahinian (1), Lemesle (2), Batuaud (3), Siredey (4), Souleyre (5)].

Maladie du foie [Gilbert et Lereboullet (6)].

Affections cardiaques [Schott (7)].

Asthme nerveux simple [Brugelmann (8)]. Asthme des foins [Beard (9)], tuberculose [Papillon (10)].

Névralgies [Lectoure (11)], sciatique [Huchard (12)].

Maladies des dents [Dunozier (13)].

Maladies des yeux [Woodruff (14), Parenteau (15), Wardi et Holden (16)].

Maladies des oreilles [Mendini (17) Fruitier (18), Pugnat (19).]

---

(1) CHAHINIAN. *La neurasthénie liée aux trois grandes étapes génitales de la femme.* Thèse de Bordeaux, 1899.

(2) LEMESLE. *Etude de la neurasthénie utérine* (*Anjou méd.*, mars 1898).

(3) BATUAUD. *Neurasthénie génitale féminine* (*Rev. des mal. de la nutrition*, janvier 1903).

(4) SIREDEY. *La neurasthénie utérine* (*Gaz. hebdom.*, 15 mai 1898, n° 39, p. 457).

(5) SOULEYRE. *Neurasthénie et génitopathies féminines, étude des formes utérines secondaires de la névrose.* Thèse de Paris, 1898.

(6) GILBERT et LEREBOULLET. *La neurasthénie biliaire* (*Bullet. de la Soc. méd. des hôp. Paris.* 6 août 1904).

(7) SCHORT, cité par GUINON, *loc. cit.*

(8) BRUGELMANN, cité par id., *loc. cit.*

(9) BEARD, cité par id., *loc. cit.*

(10) PAPILLON. *La neurasthénie prétuberculeuse* (*Archives des sc. méd. de Bucharest*, janvier-mars 1900, p. 19-59).

(11) LECTOURE. *Neurasthénie et névralgie* (*Gaz. des hôp.* 1897, n° 26, 4 mars, p. 253).

(12) HUCHARD. cité par GUINON. *loc. cit.*

(13) DUNOZIER. *Odontalgie neurasthénique* (*Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1904, n° 47).

(14) WOODRUFF. *Les états neurasthéniques causés par la lumière intense* (*Med Record.*, n° 1833, 29 décembre 1905, p. 1005).

(15) PARENTEAU. *Les troubles oculaires dans la neurasthénie* (Congrès d'ophtalmologie de Paris, mai 1898).

(16) WARDI et HOLDEN. *Symptomatologie oculaire de l'hystérie, de la neurasthénie et des névroses traumatiques.* (New-York Academy of med., 17 mars 1907.)

(17) MENDINI. *Neurasthénie d'origine otitique* (*Giornale med. del r. esercito*), déc. 1900, p. 1151).

(18) FRUITIER *Vertige auriculaire et ses rapports avec la neurasthénie.* Thèse de Paris, 1902.

(19) PUGNAT. *Les bourdonnements d'oreilles chez les neurasthéniques* (*Rev. hebdom. de laryng., d'otol., de rhinol.*, 21 mai 1904).

Maladies de la gorge et du nez [Natier (1), Convers (2)].

Maladies de la peau [Bouffé (3)].

Maladies infectieuses : paludisme [Triantaphallidès (4)], syphilis [Fournier (5), Bodgan (6)].

Maladies toxiques [Starr (7)].

Maladies générales : arthritisme [Réjou (8)], artériosclérose [Mathieu (9)].

Traumatismes [Becker (10), Schultz (11), Tissot (12)].

Etc... [Coggeshall (13)].

J'estime qu'à ces affections déjà décrites comme origines d'états neurasthéniques, on peut ajouter toutes les autres. Il s'agit en effet de la simple exagération de l'état antérieur neurasthénique, et la maladie organique, quelle qu'elle soit, agit toujours en déclanchant un état mental qui ne demandait qu'un prétexte pour s'affirmer d'une manière morbide.

---

(1) Natier. *La neurasthénie et certaines affections du nez et de la gorge* (*La Parole*, 1899).

(2) Convers. *Psychopathies et neurasthénie en rapport avec les maladies du nez et du rhino-pharynx.* Thèse de Lyon. 1906.

(3) Bouffé. *Rapports du psoriasis avec la neurasthénie.* (Acad. des sciences, 12 août 1901).

(4) Triantaphallidès. *Du paludisme larvé, de la neurasthénie paludéenne, des vertiges paludéens* (*Gaz. méd. de Syra*, 1902).

(5) Fournier. *Parasyphilis*, 1897.

(6) Bodgan. *Cas de neurasthénie syphilitique* (*Bullet. de la Soc. de med. de naturalistes de Jassy*, 1898).

(7) Starr. *Origine toxique de la neurasthénie et de la mélancolie* (*Medical Record*, 11 mai 1901).

(8) Réjou. *Traitement hydrothérapique de la neurasthénie d'origine arthritique* (*Gaz. des sc. med. de Bordeaaux*, 2 avril 1905).

(9) Mathieu. *Neurasthénie et artériosclérose* (*Gaz. des hop.*, 13 novembre 1896).

(10) Becker. *Tremblement neurasthénique consécutif à un traumatisme* (*Deutsch. med. Woch.*, n° 8, 1900).

(11) Schultz. *Tremblement neurasthénique consécutif à un traumatisme* (*Bolletino delle cliniche*, juillet 1900, p. 324).

(12) Tissot. *Neurasthénie traumatique ayant évolué vers le délire systématique*) *Ann. méd. psych.*, mars 1904).

(13) Coggeshall. *Rapports entre les maladies locales et les désordres nerveux, en particulier la neurasthénie* (*The New-York med. Journ.*, 30 mars 1902).

Aux symptômes fournis par la maladie-prétexte s'ajoute — pas toujours — la série des grands symptômes neurasthéniques. Il peut même se faire que ceux-ci prennent dans le tableau clinique une place prépondérante. Il est possible aussi que la symptomatologie subjective de l'affection organique soit présentée à l'observation d'une façon bizarre et grotesque et revête des caractères anormaux. Il est possible encore que bon nombre des signes objectifs soient modifiés, dénaturés par les traitements antérieurs qu'a suivis le malade : on sait que les neurasthéniques sont de grands infidèles à l'égard de leurs médecins et qu'ils sont grands amateurs des médicaments de la quatrième page des journaux. Il faut donc user de minutie si l'on veut, dans la plupart des cas, démêler d'une symptomatologie complexe la maladie organique qui peut être considérée comme l'origine du déclanchement neurasthénique.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier ici en détail les maladies organiques capables de déterminer l'apparition d'un état neurasthénique. Il est bien inutile, n'est-ce pas, de refaire le manuel de médecine et le traité de chirurgie. Mais on comprend — et nous y reviendrons plus tard — que le traitement curatif de l'état neurasthénique soit, dans ces cas, le traitement de l'affection causale.

Il peut toutefois arriver que l'état neurasthénique persiste après la guérison de la maladie organique. Le pli neurasthénique étant pris, les malades continuent à présenter les symptômes neurasthéniques. Ils sont devenus des neurasthéniques idiopathiques après avoir été des neurasthéniques symptomatiques. Cette persistance de l'état neurasthénique indique une tendance à la chronicité qui n'est, au fond, que l'affirmation d'un état mental antérieur particulièrement prédisposé. Il est utile, dans ce cas, de faire suivre le traitement de la maladie mentale d'un traitement particulier à l'état neurasthénique idiopathique, et dont nous ferons l'étude ultérieurement.

*États neurasthénoïdes dans les maladies mentales.*

Il ne s'agit pas ici d'états neurasthéniques, idiopathiques ou symptomatiques, survenant chez des faibles d'esprit, chez des dégénérés, chez des névropathes autres. De tels états se rangent avec les états neurasthéniques que nous avons déjà décrits. Parfois, surtout dans le cas d'hystéro-neurasthénie, le tableau devient très complexe, mais la constatation d'un état antérieur hystérique éclaire singulièrement le diagnostic.

Il s'agit d'états simulant la neurasthénie et qui sont simplement un stade prémonitoire ou initial d'une maladie mentale.

La ressemblance des états neurasthénoïdes avec les états neurasthéniques est plus ou moins parfaite selon les individus, et selon les maladies mentales dont ils sont le premier stade. Nous verrons les points de ressemblance et de différence à propos de chaque maladie mentale en particulier.

La mélancolie neurasthénique doit nous retenir la première. C'est un état où se mêlent aux idées délirantes mélancoliques (idées de culpabilité, de ruine, de damnation, de déshonneur) des idées hypochondriaques de nature neurasthénique. L'importance de ces idées hypochondriaques est très diverse : tantôt elles sont à peine esquissées, tantôt elles ont une place importante dans la symptomatologie délirante. Leur importance peut être telle même, qu'elles constituent, modifiées par l'exagération délirante, tout le fond du délire.

Les modifications qu'elles présentent se traduisent par des idées de négation : le malade n'a plus de cerveau, plus de cœur, plus de poumons, son intestin se pourrit et s'en va avec ses selles. La gorge est bouchée, les aliments ne passent plus; s'ils passent, c'est pour être rejetés tels quels, après avoir séjourné dans un corps vide d'organes. En s'exagérant, ces idées de négation peuvent donner à l'individu l'idée qu'il est mort, ou bien qu'il est transformé en un autre être vivant, en une substance quelconque, ou qu'une autre individualité existe en lui ou avec lui. Ces idées de négation et de dépersonnalisation sont fournies

à l'esprit du malade par des troubles de la cénesthésie ; elles se rattachent intimement au système mélancolique, qui tend à donner à tous ces troubles l'apparence de punition méritée en raison de fautes antérieures imaginaires ou démesurément grossies.

Mais il est rare que ces idées existent seules. Tandis que dans la neurasthénie mélancolique — déjà décrite, — les idées neurasthéniques dominent la scène, dans la mélancolie neurasthénique, elles viennent plutôt se surajouter à un ensemble délirant mélancolique : Le malade est coupable, a commis un crime, va être condamné, damné, veut se suicider ; — et puis, il est malade, il est pourri, il est vidé de tous ses organes.

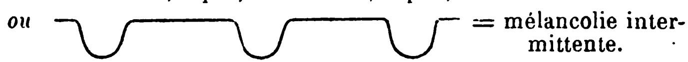
De telles concomitances d'idées délirantes amènent fréquemment des contradictions puériles. Que peut importer à un homme qui veut se donner la mort que ce corps qu'il veut supprimer soit malade, et dès lors que viennent faire ses plaintes hypochondriaques? Pourtant le malade ne remarque pas ces contradictions. Son esprit est tendu vers une idée fixe : la culpabilité, ou la damnation, ou le déshonneur, etc... mais cette idée fixe en entraîne d'autres, avec la lenteur d'association propre aux mélancoliques. Elle ramifie à l'aise dans le domaine assombri d'une conscience troublée, et ses ramifications mènent à toutes les constatations capables d'ajouter de la noirceur à la désolation générale. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir des préoccupations hypochondriaques, de nature neurasthénique, s'ajouter à d'autres idées délirantes, qu'elles contredisent parfois.

Des troubles physiques viennent s'ajouter aux troubles psychiques. La physionomie reflète, évidemment, l'état de l'esprit, le masque, comme figé dans la tristesse est pâle, de couleur cireuse ou brunâtre. Les cheveux sont dénoués, emmêlés, le malade ne songe pas à se laver ni à se peigner. L'attitude est douloureuse. Le sommeil est mauvais, pénible, coupé d'hallucinations. La lenteur générale de tous les phénomènes vitaux se marque par des troubles de la sensibilité générale et spéciale, et des réflexes. La force musculaire est diminuée, la fonction

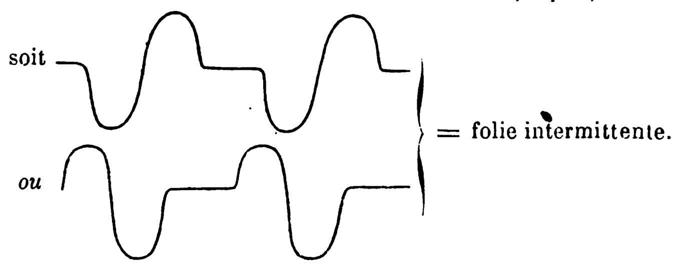
génitale diminuée ou abolie. Les mouvements respiratoires et cardiaques sont plus lents que normalement, la température du corps est abaissée et la tension artérielle est faible. Du côté de la digestion on observe une dyspepsie gastro-intestinale (Régis) avec langue sale, haleine fétide, anorexie, flatulence, météorisme, constipation opiniâtre.

Tous ces symptômes se rencontraient déjà dans la neurasthénie mélancolique, mais moins accentués. Le neurasthénique mélancolique est avant tout un neurasthénique, le mélancolique neurasthénique est avant tout un mélancolique. La maladie dont il est atteint est une affection intermittente, qui peut revêtir une des quatre modalités suivantes :

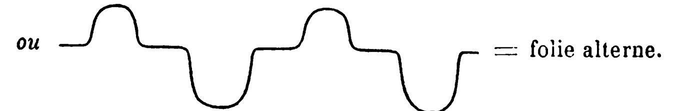
1° Mélancolie, repos, mélancolie, repos;

*ou*  = mélancolie intermittente.

2° Mélancolie, manie, repos, mélancolie, manie, repos.
*ou* manie, mélancolie, repos, manie, mélancolie, repos;

soit / *ou*  = folie intermittente.

3° Manie, repos, mélancolie, repos, etc...;

*ou*  = folie alterne.

4° Manie, mélancolie, manie, mélancolie.

*ou* = folie circulaire.

On voit d'après ces graphiques que le diagnostic de folie intermittente est singulièrement éclairé : dans le premier cas par la connaissance d'un état antérieur, dans les autres par la notion d'états d'excitation maniaque.

Le pronostic de la mélancolie neurasthénique est grave. Il s'agit, en effet, d'une affection chronique constituée par la répétition d'accès plus ou moins longs et rapprochés selon les individus, mais dont la durée des états morbides et lucides est à peu près constamment la même pour un malade donné. L'aboutissant de ces états est la démence à une époque plus ou moins éloignée selon la durée des épisodes morbides et leur rapprochement.

Nous trouvons également un état neurasthénoïde pendant la période prodromique des *psychoses systématisées progressives*. Au début de cette période prodromique, l'individu, qui avait toujours été un méfiant, s'assombrit encore. Selon l'expression de Lasègue, il s'agit d'un état de *malaise intellectuel*. Des sensations maladives commencent par l'étonner, attirent son attention et le poussent à s'analyser. « Ce sont, dit Régis, des phénomènes douloureux, par exemple des céphalalgies, des palpitations, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements. Plus fréquemment encore, ce sont des souffrances vagues ayant pour siège habituel les organes génitaux et le tube digestif. Quelquefois enfin, ce sont des sensations anormales de constriction crânienne, de vide dans le cerveau, avec difficultés de travailler, de penser, etc... Le malade s'inquiète outre mesure de cet état de choses; il s'examine, scrute attentivement tout ce qu'il éprouve et constate en lui un changement qui va croissant. » Cet état ressemble bien à un état neurasthénique, et il est de règle à cette période que les parents du malade et le médecin lui-même parlent de « neurasthénie ». Pourtant il s'ajoute quelques symptômes que l'on ne rencontre pas dans les états neurasthéniques, et qui sont l'indice du début des automatismes des centres : ce sont des sensations anormales de fonctionnement automatique de

l'esprit, que le malade n'est plus maître de diriger; ce fonctionnement automatique peut par moments être fort au point que la pensée s'extériorise et se trouve plus ou moins consciemment projetée au dehors. Il existe aussi quelques hallucinations élémentaires de l'ouïe : sons de cloche, voix confuses, de fausses sensations olfactives ou gustatives; des troubles divers de la sensibilité tactile ou génitale.

Mais ce qui fait le mieux reconnaître, dans ce cas, le début d'une psychose systématisée progressive, c'est la manière dont le malade s'explique et explique ses maux : par une pente naturelle de son esprit qui le différencie des neurasthéniques et de tous les autres aliénés, il en arrive à chercher la cause de ses maux non en lui-même, mais en dehors de lui. Le malade étend à l'entourage la sphère de ses investigations et il rapporte à sa propre personne (autophilie de BALL, délire centripète ou egocentrique de ZIEHEN) tout ce qu'il voit et tout ce qu'il entend. Il lui semble que les êtres et les choses sont changées de disposition à son endroit : on s'occupe de lui, on le regarde, on fait des signes et on chuchotte sur son passage; tout ce qu'on dit est à double entente. Les événements, les faits, les contre-temps les plus simples et les plus explicables ont pour lui une signification nettement tendancieuse. Il retrouve dans son passé des faits qui lui prouvent qu'il est depuis longtemps en butte à une animosité cachée. Bref, c'est nettement déjà le persécuté qu'il deviendra de plus en plus, lorsque s'affirmeront les hallucinations de l'ouïe en injures, insultes et menaces, et que les hallucinations des autres sens s'exagéreront au point de sembler des tentatives d'empoisonnement, des attentats contre la pudeur et des tortures physiques imméritées.

Ces symptômes : automatisme des centres et explication morbide des sensations pénibles au début, permettent de faire reconnaître cette maladie chronique à évolution progressive vers la mégalomanie et la démence qu'est la psychose systématisée progressive (ou délire chronique de Magnan). Nous reviendrons sur ce sujet pour dire l'inanité de tout moyen thérapeutique, et sur

l'urgence qu'il y a à surveiller, discrètement mais minutieusement, ces aliénés, pour éviter les réactions si dangereuses qu'ils finissent toujours par présenter.

La période prodromique de la *démence précoce* a longtemps et erronément servi de type à la description de la neurasthénie juvénile. A ce sujet, Charles L. Dana (1) dit : « La neurasthénie des jeunes n'est presque jamais de la neurasthénie, mais les jeunes gens qui s'arrêtent après de brillantes études sont presque toujours des déments précoces ; si la maladie est relativement clémente, ils restent toute leur vie étiquetés neurasthéniques. » Nous pensons ainsi, et à côté des cas cléments, il y a bien d'autres cas de ces pseudo-neurasthénies juvéniles qui sont graves et précipitent plus ou moins vite les adolescents dans la démence terminale.

Quoi qu'il en so , on observe, dans la période prodromique de la démence précoce, des états neurasthénoïdes qui se marquent par des symptômes psychiques et physiques.

Des troubles de caractère consistant en nonchalance, apathie, indifférence, ouvrent la scène ; puis surviennent des troubles intellectuels dans lesquels dominent la faiblesse de l'attention volontaire et la difficulté de tout effort mental, et une indifférence émotionnelle typique qui émousse la sensibilité morale et amoindrit visiblement les sentiments et les affections.

De plus apparaissent déjà quelques symptômes destinés à acquérir par la suite une grande importance, tels que : opposition avec entêtement aux actes les plus simples, c'est-à-dire négativisme ; docilité extrême, passive, comme suggestive, alternant, par une sorte de contraste paradoxal, avec l'opposition systématique ; mobilité extrême du caractère et variations incessantes de l'humeur ; actes extravagants et impulsions subites sous forme d'exhibitionnisme, de tics, de mouvements anor-

(1) Charles L. Dana. *Le démembrement de la neurasthénie* (*Med. et Surg. Journ.*, vol. CL, n° 13, p. 339-344, 31 mars 1905).

maux, de fugues; idées morbides de mysticisme, de persécution, mais surtout d'hypochondrie avec analyse consciente du *moi*.

A ces troubles psychiques se joignent constamment quelques troubles physiques : de la migraine, de l'anorexie, des insomnies, de la constipation, quelques poussées fébriles [Deny et Roy (1)].

Quelque similitude que l'on puisse trouver entre cet état et l'état neurasthénique, il faut éviter d'entretenir dans l'esprit des parents l'opinion qu'il s'agit d'une neurasthénie, ce qui serait endormir leur quiétude. Il faut au contraire, prudemment, réserver son pronostic, lorsqu'il s'agit d'un jeune homme ou d'une jeune fille âgés de moins de vingt ans. On ne tarde pas à s'applaudir de ces réserves, lorsque apparaît la période d'état hébéphrénique, catatonique ou paranoïde.

Mais, dans certains cas, la démence précoce débute plus tardivement, entre vingt et trente ans, et même, rarement, à l'âge mûr (Sérieux). Ce sont là des époques de la vie où l'on est accoutumé à voir des états neurasthéniques. On basera le diagnostic sur l'indifférence du dément précoce, qui contraste avec la préoccupation du neurasthénique ; sur les troubles de l'affectivité, bien plus marqués dans la démence précoce ; et surtout sur l'apparition du négativisme, des attitudes catatoniques, sur l'absurdité de certaines paroles et de certains gestes répétés comme automatiquement (stéréotypie).

Le pronostic de la démence précoce est bien variable selon les cas. Le plus fréquemment, après une, deux, voire trois crises d'hébéphrénie ou de catatonie, entrecoupées de rémissions, la démence complète s'établit. Le malade ne sort d'ailleurs jamais indemne de la démence précoce, son intelligence reste toujours affaiblie, mais cet affaiblissement peut être assez peu marqué pour qu'il soit considéré comme guéri.

Dans un certain nombre de cas, la paralysie générale débute

(1) Deny et Roy. *La démence précoce*, Paris, 1901.

par un état neurasthénoïde qui a été décrit par les auteurs : VOISIN (A.), MENDEL, RÉGIS, BALLET, GROSS (de Heidelberg) sous le nom de forme neurasthénique. Nous ne saurions mieux faire que mettre sous les yeux du lecteur la remarquable description qu'en fait RÉGIS dans son Précis de psychiatrie :

« La *neurasthénie préparalytique*, très fréquente et presque la règle même, pour GROSS, offre le tableau symptomatique habituel de la neurasthénie. On s'explique de la sorte les fréquentes erreurs commises et comment on peut prendre un simple neurasthénique pour un paralytique général, et inversement, chose plus grave, un paralytique général au stade d'invasion pour un simple neurasthénique. On s'explique aussi pourquoi nombre d'auteurs ont insisté sur le diagnostic différentiel de la *neurasthénie préparalytique* et de la *neurasthénie proprement dite*, en particulier de la neurasthénie de la syphilis tardive ou *parasyphilitique*.

« Nous n'indiquerons pas tous les signes distinctifs qui ont été énumérés. Ceux qui ont le plus d'importance et sur lesquels, par suite, il convient surtout de s'appuyer, sont : le caractère ou *constitutionnel*, ou *accidentel* de l'état neurasthénique (GROSS, KRAFFT-EBING); l'existence ou l'absence d'une syphilis antérieure (KRAFFT-EBING, RÉGIS) ; l'existence ou l'absence, à côté des symptômes de la neurasthénie, de quelques-uns des symptômes initiaux, somatiques ou psychiques, de la maladie organique : modifications profondes du caractère, diminution réelle de la mémoire, de la conscience, de la personnalité, ophtalmoplégie interne, altération appréciable de la parole et de l'écriture, etc. (BALLET, GROSS, ROSCIOLI, LEVILLAIN, KRAFFT-EBING, FOURNIER, MAGNAN et SÉRIEUX) ; enfin la variabilité des symptômes chez le neurasthénique paralytique, sa tendance à moins s'observer, à moins se plaindre, en revanche à se laisser influencer davantage par tout et par tous (BALLET, FOURNIER, MAGNAN et SÉRIEUX).

« Au fond, comme le dit fort bien BALLET, il ne s'agit là que de *simples nuances* et le diagnostic reste souvent très difficile, tant que les premiers symptômes de la paralysie générale confirmée

ne sont pas apparus. Passe encore la distinction entre la neurasthénie préparalytique et la neurasthénie constitutionnelle, sensiblement différentes ; mais entre la neurasthénie d'une infection chronique, telle que la syphilis, et la neurasthénie préparalytique, l'hésitation s'impose d'autant plus qu'il s'agit là, en somme, d'un même état neurasthénique susceptible, suivant le cas, de verser ou non dans la maladie organique. C'est qu'en effet la neurasthénie tardive de la syphilis de FOURNIER n'est plus une simple névrose, mais bien une sorte de prélude de la paralysie générale ; c'est un pont jeté entre la syphilis, infection originaire, et la méningo-encéphalite terminale ; c'est un état de transition non fatal, mais critique, entre les lésions purement fonctionnelles et les lésions organiques, entre l'épuisement des éléments nerveux et leur altération anatomique. »

Par conséquent, lorsqu'il se présente devant vous un individu âgé de 30 à 50 ans, que rien jusqu'à présent ne semblait prédisposer à un état neurasthénique, qui est syphilitique depuis longtemps, qui depuis un an ou deux a vu sa mémoire diminuer, son caractère se modifier, ses facultés de travail s'amoindrir ; qui vient vous consulter *parce qu'on l'y a poussé*, qui se prête à votre examen sans récriminer, décrit ses maux sans trop se plaindre, accepte votre verdict sans impatience et l'accepte avec indifférence, méfiez-vous. Redoublez de minutie dans votre examen. Etudiez à fond l'état des réflexes, l'état des pupilles (irrégularités, inégalité, Argyll-Robertson), l'état de la langue, faites écrire le malade, faites-le prononcer des mots difficiles. Vous trouverez probablement quelques signes qui vous éclaireront. N'hésitez pas à faire une ponction lombaire : l'albumo-diagnostic et le cyto-diagnostic peuvent être révélateurs d'un état de réaction méningée typique. Et si bien même vous ne trouvez aucun symptôme physique, réservez prudemment votre diagnostic et votre pronostic. Vous avez probablement affaire à une paralysie générale, cette maladie terrible qui, presque fatalement conduira en deux ans, trois ans, cinq ans au plus, notre malade à la démence complète, au marasme paralytique et à la mort.

De même que nous avons vu la neurasthénie juvénile disparaître, enlisée dans cette entité nosographique nouvelle, la démence précoce, de même allons-nous voir la neurasthénie sénile n'être que la période de début de la démence sénile.

Parisot (1) (de Nancy) appelle déjà en 1900 l'attention sur la rareté de la neurasthénie sénile (9 cas sur 174) à côté de la fréquence des états *neurasthéniformes* (2) au début de la démence sénile. Encore ajoute-t-il qu'on voit parfois la neurasthénie aboutir à la démence sénile. Dana va plus loin et dit que la neurasthénie sénile avec anxiété n'est que de la mélancolie d'involution, c'est-à-dire la mélancolie présénile qui, pour les Allemands, est un des modes de début de la démence sénile.

D'ailleurs, l'état neurasthénoïde présénile n'a que des analogies avec les états neurasthéniques.

Dans les états neurasthéniques, en effet, on observe, à côté d'une apathie, d'une fatigabilité de divers ordres de systèmes, une notable activité dans divers autres, ne fût-elle marquée que par les geignements et les plaintes des malades, et leur actif désir de guérir. Dans l'état neurasthénoïde présénile, il y a une diminution de la mémoire dans l'ordre régressif, diminution des sentiments affectifs qui conduit les vieillards à un égoïsme inconscient, apathie progressive, faiblesse du jugement, pénurie des représentations et lenteur de l'association des idées.

Toutefois il est parfois difficile de faire le diagnostic lorsqu'il s'agit d'un état neurasthénique ancien, idiopathique ou symptomatique, en rapport avec la constitution héréditaire du neurasthénique. Un neurasthénique vieilli peut verser insidieusement dans la démence sénile, et le départ est assez difficile à faire pour que l'on ne s'aperçoive que la démence sénile ne s'établit qu'au moment où l'affaiblissement intellectuel est déjà très marqué.

D'ailleurs, si au sujet du pronostic, la distinction est impor-

(1) Parisot. *Neurasthénie et vieillesse*. Nancy, 1900.

(2) Nous avons préféré *neurasthénoïdes* pour éviter l'accouplement de deux mots grecs et d'une terminaison latine.

... au sujet du traitement, la démence

... « neurasthénie » se démembre de plus ... perd en importance, elle le gagne en ... nous pourrons mieux encore apprécier ... en étudiant le traitement des états ... itement qui sera d'autant plus efficace qu'il ... ment appliqué avec les variantes que com... spéciales des états neurasthéniques idio... ats neurasthéniques symptomatiques, des états ... dans les maladies mentales.

(*A suivre.*)

---

## CARNET DU PRATICIEN

### Traitement de l'anthrax.

(V. Pauchet.)

I. Traitement général. — *Régime.* — S'abstenir de viandes, ...on. Nourriture exclusivement lacto-fruitaro-végéta... S'abstenir également de tout excitant : alcool, café, ... Prendre à l'intérieur des eaux sulfureuses et alcalines, ... le but de faire l'asepsie intestinale. La levure de bière n'est ... infaillible, mais constitue un adjuvant sérieux comme anti...tique intestinal. Les sérums antistreptococciques et antista...phylococciques ont parfois donné des résultats, mais leur usage ... pas très répandu.

II. Traitement local abortif. — Dès qu'un furoncle ou un anthrax débute, il faut dégraisser la peau à l'aide de savon, ... puis déposer sur les points rouges une goutte de :

| | |
|---|---|
| Iode ............................. | 4 gr. |
| Acétone .......................... | 10 » |

Dissolvez.

C. TRAITEMENT LOCAL OPÉRATOIRE. — Bains locaux à la température de 50°, de trois quarts d'heure, à raison de trois par jour. Ne pas employer d'antiseptique. On peut remplacer les bains par des pulvérisations et des pansements humides.

Le meilleur traitement non opératoire est l'application d'une *ventouse de Bier*. On fera trois ou quatre applications par vingt-quatre heures. La ventouse restera en place une demi-heure. Si l'anthrax siège sur un des membres, on placera une bande élastique de Bier à la racine du membre. S'il s'agit de l'anthrax de la face, on mettra un lien élastique autour du cou.

D. TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Si le traitement précédent n'agit pas, il faut opérer.

*a*) *Thermo.* — L'intervention se fait au thermocautère; on débride largement et on plonge la pointe dans les tissus malades tout autour de l'anthrax.

Ce traitement a l'avantage de ne pas faire saigner et d'agir rapidement dans les formes graves.

*b*) *Bistouri.* — Le traitement de choix est l'incision au bistouri (incision cruciale et extirpation). On incise et on explore tout le bourbillon à l'aide de ciseaux et de la curette. On tamponne ensuite à l'eau oxygénée. Ce procédé présente les avantages suivants : il supprime d'un seul coup toutes les parties infectées, il procure une guérison rapide.

CH. A.

## Traitement des hémoptysies.

(A. ROBIN).

Plus particulièrement observées chez les tuberculeux qui séjournent dans des pièces trop chaudes, qui toussent, qui sont exposés aux rayons du soleil, qui ont des fermentations gastriques. Tenir compte de ces causes.

1° Faire coucher tout aussitôt le malade, ne pas bouger, parler à voix basse ou même écrire sur une ardoise pour communiquer, ne pas tousser, éloigner visiteurs, aérer la chambre.

Si on a sous la main une ampoule d'*ergotine* ou d'*ergotinine*, faire aussitôt une injection sous-cutanée.

Envoyer chercher *glace*, ampoules de ***nitrite d'amyle*** ou 4 à 5 grammes de nitrite d'amyle dans un flacon à l'émeri, et les potions :

| | | |
|---|---|---|
| *a*) Chlorure de calcium.................... | 4 gr. | |
| Sirop d'opium.......................... | 30 » | |
| Hydrolat de tilleul.................... | 120 » | |

M. s. a.

| | | |
|---|---|---|
| *b*) Ergotine Bonjean..................... | 4 gr. | |
| Acide gallique.......................... | 0 » | 50 |
| Sirop de térébenthine................. | 30 » | |
| Eau distillée........................... | 120 » | |

M. s. a.

Commander pour être envoyé rapidement après préparation :

| | |
|---|---|
| Gélatine (blanc manger)............... | 20 gr. |
| Eau salée à 7 p. 1.000 ............... | 1.000 » |

Dissolve.

*Stériliser la solution à l'autoclave sous pression à* 105 *et* 110°. Faire plusieurs stérilisations et répartir en ampoules de 20 cc. N° 10.

2° Si le pouls est fort, briser dans un mouchoir une ampoule de nitrite d'amyle et en faire respirer le contenu, ou faire passer trois ou quatre fois sous le nez le flacon débouché contenant le nitrite d'amyle.

A recommencer si les hémoptysies reprennent et si le pouls se maintient fort.

3° Toutes les heures donner une cuillerée à soupe de potion, tantôt à l'ergotine, tantôt au chlorure de calcium.

Si les hémoptysies deviennent plus fréquentes, supprimer la potion à l'ergotine et dans ces cas continuer toutes les heures la potion au chlorure de calcium. (L'ergotine n'agit que sur les fibres lisses des vaisseaux. Or, dans le cas d'hémorragies capillaires, elle a peu de prise, les capillaires étant à peu près complètement dépourvus de fibres lisses; de plus, l'ergotine a l'inconvénient d'augmenter la tension.)

Pendant ce temps on recouvrira le thorax de ventouses sèches; on fera courir des sinapismes sur les membres; on mettra des boules d'eau chaude. Bains de pieds chauds si possible. Les envelopper ensuite, ainsi que les jambes, d'ouate et d'imperméable. Ligature des quatre membres si l'hémorragie ne s'amende pas.

Donner matin et soir un lavement d'eau bouillie très chaud à 38° ou 40°, surtout si le malade est constipé. (Le lavement agit par une action vaso-constrictive à distance.)

4° Dès qu'on a la solution de *gélatine*, faire l'injection d'une ampoule, qu'on renouvellera matin et soir tant que les hémorragies persisteront. Il est fréquent de voir une assez forte poussée fébrile succéder aux injections de gélatine.

Si les potions ci-dessus sont inefficaces, les supprimer et prendre :

| | |
|---|---|
| Eau de Rabel.......................... | 5 gr. |
| Eau bouillie............................ | 1 lit. |

*M. s. a.*

Un verre à liqueur toutes les deux heures.

Dans l'heure intercalaire prendre une cuillerée à soupe de :

| | |
|---|---|
| Perchlorure de fer...................... | 2 gr. |
| Eau bouillie............................ | 120 » |
| Sirop de sucre.......................... | 30 » |

*F. s. a.* Une potion.

5° Si le malade tousse, s'il ne dort pas, lui faire une injection, de un demi-centigramme à 1 centigramme et demi, de *chlorhydrate de morphine*, qui, outre ses propriétés calmantes, abaisse la pression sanguine, à la suite de la dilatation des vaisseaux périphériques.

Si la famille redoute la morphine, on pourra employer la *dionine* (éthyl-morphine) à la dose de 2 centigrammes ou l'*héroïne* (diacétyle-morphine) à la dose de 5 milligrammes par cc. de solution.

Contre la toux, donner, le soir, un cachet de 3 centigrammes de *dionine*, ou un cachet de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 de *poudre de Dower*.

6° En cas de persistance de l'hémoptysie, s'adresser à la *digitale*,

associée à l'*ipéca*. Donner 5 à 6 des pilules suivantes par jour, jusqu'à l'apparition d'un état nauséeux, sans provoquer de vomissement :

| | |
|---|---|
| Poudre d'ipéca ........................ | 0 gr. 05 |
| — de feuille de digitale ........... | 0 » 01 |
| Extrait thébaïque ..................... | 0 » 002 |
| Conserve de roses .................... | Q. s. |

Pour une pilule.

On peut encore utiliser le tartre stibié.

| | |
|---|---|
| Tartre stibié ........................... | 0 gr. 20 |
| Eau distillée ........................... | 120 » |

Dissolvez.

Une cuillerée à soupe toutes les heures jusqu'à production d'état nauséeux.

*Nota.* — L'adrénaline n'est pas à employer, car, en raison de la pression artérielle qu'elle provoque, elle peut augmenter l'hémoptysie.

7° En cas d'insuffisance des moyens qui précèdent, injecter dans le tissu sous-cutané profond 10 cc. de ferment métallique (argent ou palladium), dont les propriétés hémostatiques sont bien établies.

CH. A.

## BIBLIOGRAPHIE

*Bibliothèque de Thérapeutique* publiée sous la direction de A. GILBERT, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, et P. CARNOT, professeur agrégé de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, 24 volumes in-8°, de 500 pages, avec figures, cartonnés. Chaque volume : 8 fr. (Librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

La thérapeutique est la synthèse et la conclusion de la médecine.

Malgré ses incertitudes et ses tâtonnements, elle demeure l'obsession du chercheur et du praticien. Aussi les savants, même les plus illustres, les cliniciens, même les plus réputés, à qui le professeur GILBERT a fait appel pour sa *Bibliothèque de Thérapeutique*, lui ont-ils chaleureusement donné leur concours. Citons seulement les noms des professeurs

BOUCHARD (de l'Institut); ACHARD, AUDRY (de Toulouse) : BRINDEAU, CALMETTE (de Lille); CARNOT, CLAUDE, DEJERINE, HUCHARD. LABBÉ, LANDOUZY, LECÈNE, LŒPER, MARION, METCHNIKOFF, NICOLAS et NOGIER (de Lyon) ; POUCHET, A. ROBIN, TUFFIER, VAILLARD, VAQUEZ, etc.

La thérapeutique peut être envisagée différemment suivant que l'on prend pour point de départ de son étude le médicament, le symptôme ou la maladie. La nouvelle *Bibliothèque de Thérapeutique* sera donc divisée en trois séries convergentes dans lesquelles seront étudiés les AGENTS THÉRAPEUTIQUES, les MÉDICATIONS, les TRAITEMENTS.

Deux volumes viennent de paraître simultanément ; l'un consacré à la *Physiothérapie*, l'autre aux *Médicaments microbiens*.

L'étude des *agents physiques* a pris, depuis quelques années, un développement considérable. Les diverses branches de la *physiothérapie* offrent, par là même, au praticien, une série de ressources nouvelles. Qu'il s'agisse de *kinésithérapie*, de *massage*, d'*hydrothérapie*, d'*électrothérapie*, de *radiothérapie*, etc., tout médecin doit savoir appliquer, lui-même, les méthodes usuelles, et connaître le principe, les indications et les résultats des méthodes plus compliquées, qui restent, nécessairement, confiées aux spécialistes.

Quatre volumes sont consacrés à la *Physiothérapie*, dans la Nouvelle Bibliothèque Gilbert-Carnot. Celui qui vient de paraître est consacré à la *Mécanothérapie* et à l'*Hydrothérapie*, à la rééducation, aux sports en thérapeutique et à la méthode de Bier, et est dû aux docteurs FRAIHIN, de CARDENAL, CONSTENSOUX, TISSIÉ, DELAGÉNIÈRE, PARISET, tous spécialement désignés pour traiter le sujet qui leur est particulièrement familier (1 vol. in-8° de 404 pages avec 114 figures, cartonné 8 fr.).

Les *médicaments d'origine microbienne* ont métamorphosé le traitement et la prophylaxie des maladies infectieuses. Ils peuvent conférer une immunité active grâce aux méthodes pastoriennes de *vaccination*, ou passive grâce aux méthodes de *sérothérapie*. On peut aussi, avec Metchnikoff, faire de la *bactériothérapie*, en opposant aux microbes nocifs d'autres microbes domestiques et inoffensifs, dont le développement gêne celui des premiers.

Le volume qui paraît dans la Nouvelle Bibliothèque Gilbert-Carnot, sous le titre de *Bactériothérapie. Vaccination et Sérothérapie*, est entièrement rédigé par les chefs de service de l'Institut Pasteur: MM. METCHNIKOFF, SACQUÉPÉE, REMLINGER, Louis MARTIN, VAILLARD. DOPTER, SALIMBENI, BESREDKA, WASSERMANN, LEBER, DUJARDIN-BEAUMETZ, CALMETTE (1 vol. in-8° de 400 pages, avec figures. Cartonné, 8 fr.). Un volume d'une si haute valeur sur des sujets aussi nouveaux inaugure sous les auspices les plus favorables la nouvelle *Bibliothèque de thérapeutique*, qui sera bientôt entre les mains de tous les praticiens.

---

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Thérapeutique médicale.

**Polyclonie et bromure de camphre.** Dr E. TOGNOLI (*Gazz. d. Ospedali*, 1907, n° 138). — L'auteur rapporte le cas d'un vieillard de 76 ans, atteint de polyclonie.

Au début, il prescrivit l'iodure, dans l'hypothèse que l'artério-sclérose avec ses troubles circulatoires consécutifs pouvait être, sinon la raison unique, du moins la cause occasionnelle de la maladie, et il associa à ce traitement de fortes doses de bromure de potassium (jusqu'à 8 grammes) et il ne constata qu'une légère amélioration dans le sommeil.

Changeant de tactique, tout en continuant l'administration de l'iode, il prescrivit simultanément le bromure de camphre à la dose maxima de 3 grammes par jour.

A la suite de ce traitement, le sommeil devint calme, les mouvements cessèrent pendant la nuit, tout en devenant moins fréquents et moins intenses pendant le jour et, au bout de deux semaines, disparurent tout à fait les mouvements oscillatoires à droite et à gauche. Le 25e jour du traitement, la dose de bromure de camphre fut diminuée de moitié, et un mois après, le malade put reprendre ses occupations et vit tous les troubles disparaître peu à peu.

**Action de l'ancienne tuberculine**, par le Dr G. SCHRÖDER (*Beiträge zur Klin. d. Tuberkulose*, 1907). — Relativement à l'explication théorique de l'action de la tuberculine, la teneur de celle-ci en albumoses accumulées dans les produits d'origine tuberculeuse et qui provoquent une réaction fébrile générale, joue un rôle important. L'auteur se croit autorisé à conclure à l'identité d'action de la tuberculine et des albumoses, comme les expériences de Krehl et de Matthes paraissent l'avoir démontré jusqu'à un certain point.

Après quelques essais préliminaires avec des albumoses reti-

rées des crachats des phtisiques, il employa dans le même but une deutéro-albumose obtenue avec la peptone fibrinique, et il constata que les animaux traités avec cette deutéro-albumose présentaient la même réaction que les animaux tuberculinisés, au point de vue de l'action sur le processus tuberculeux dans les deux cas.

Cependant, au point de vue de l'action générale, la tuberculine exerce une action plus puissante que la deutéro-albumose. Et comme, en pratique, il faut éviter les réactions générales comme nuisibles, la boutade de Matthes, qui dit que la deutéro-albumose est un bon succédané de la tuberculine, est ici bien justifiée.

**La saignée dans le traitement de la pneumonie.** — Le Dr U. Masi (*Gazzetta d. Ospedali*, 1908, n° 5) conclut de ses observations que la saignée ne doit pas être considérée comme une méthode de traitement spécifique de la pneumonie; mais dans des conditions déterminées, quand il s'agit de sujets robustes et pléthoriques, quand la violence de la maladie provoque une cyanose de la face, une forte dyspnée, elle est un bon adjuvant au traitement habituel de la pneumonie, soit parce qu'elle soulage le cœur d'un excès de travail, soit parce qu'elle enlève à l'organisme une partie des toxines circulantes.

La saignée n'exerce aucune action fâcheuse sur la formation d'antitoxines dans le sang, et elle est préférable aux sangsues.

Par la déplétion de la masse sanguine, la saignée fait disparaître l'œdème collatéral formé par la circulation entravée.

Elle n'affaiblit pas l'organisme et peut être pratiquée même sur des personnes âgées, pourvu que la prostration des forces ne soit pas extrême et qu'il n'existe pas de phénomènes adynamiques.

Il est avantageux de faire une saignée de 300 à 400 grammes immédiatement dans les deux premiers jours de la maladie, toujours quand on a affaire à des personnes robustes, sauf à le répéter quand les conditions du malade la rendent nécessaire.

**Essais de traitement de la méningite cérébro-spinale par les sérums mén ngococciques.** — Le Dr Schultz (*Berliner Klin. Woch.*, 1907, n° 52) a traité 64 cas de méningite cérébro-spinale, dont 23 par le sérum de Kolle-Wassermann. Le sérum était appliqué en injection hypodermique à la dose de 10 cc. chez l'adulte et de 5 cc. chez l'enfant, et l'injection était renouvelée en cas de besoin. Le sérum n'exerçait aucune influence nette, tantôt un abaissement, tantôt une élévation de température.

La mortalité des malades traités par le sérum fut de 56 p. 100 tandis que celle des malades non traités par le sérum était de 53 p. 100.

De ces observations, il ressort que le sérum antiméningococcique de Koll Wassermann n'exerce aucune action thérapeutique sur la méningite cérébro-spinale épidémique.

D'autre part, le Dr Raczyriski (*Wiener Klin. Woch.*, 1907, n° 52) publie les résultats du traitement de 14 cas de méningite par le sérum de Jochmann. 12 malades reçurent le sérum en injection intracérébrospinale, après avoir enlevé au préalable 25 cc. de liquide cérébro-spinal et deux malades seulement reçurent des injections sous-cutanées. Chaque dose était de 10 à 20 cc. Dans 2 cas il n'y eut qu'une seule injection et, dans les autres, deux à trois injections en tout.

Si l'on considère le chiffre de la mortalité qui est de 66 p. 100, on se convaincra facilement de l'inefficacité absolue du sérum de Jochmann, dans le traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Ces deux séries d'expériences publiées presque simultanément nous montrent la faillite de la sérothérapie spécifique de cette terrible maladie.

**Des soi-disant substances hypertensives du sang provenant de malades atteints de néphrite chronique.** — On a exprimé plusieurs fois l'hypothèse que, dans la néphrite chronique, l'activité des glandes surrénales est accrue, ce qui a pour conséquence une élévation de la pression artérielle en raison de l'excès d'adréna-

line versée à chaque instant dans le torrent circulatoire. On avait déjà essayé la réaction au chlorure ferrique pour déceler l'adrénaline dans le sang; et on avait, d'autre part, expérimenté le sérum du sang de néphritiques sur l'œil de la grenouille, pour mettre en évidence la présence de l'adrénaline. Mais SCHLAYER (*Deut. Med. Woch.*, 1907, n° 46), trouvant ces procédés insuffisants, fit des essais sur des artères de bœuf, et il en résulta que même le sérum normal de bœuf exerce une action vasoconstrictive sur les artères de bœuf survivantes. Sur les artères de l'homme ces essais ne purent être tentés, parce qu'elles ne peuvent être maintenues à l'état de survivance, tandis qu'au contraire, on put avec du sérum de sang humain obtenir sur les artères survivantes de bœuf une vaso-constriction qui, toutefois, était moins forte que celle obtenue avec le sérum de sang de bœuf.

Pour résoudre la question causale de l'élévation de la pression sanguine dans les néphrites chroniques, l'auteur étudia l'action du sérum sanguin de néphritiques en hypertension, sur les artères survivantes de bœuf, et il arriva au résultat surprenant, que l'action vaso-constrictive de ce sérum était plutôt plus faible que celle du sérum sanguin normal, ce qui, en tout cas, n'est pas en faveur de l'hypothèse de la suractivité des glandes surrénales comme cause de l'hypertension des néphritiques.

## Thérapeutique chirurgicale.

**L'extension continue dans le traitement des fractures de jambe : description d'un nouvel appareil** (*La Clinique*). — Tous les chirurgiens sont à peu près d'accord aujourd'hui sur les deux points suivants du traitement des fractures de jambe : 1° Les fractures simples, transversales, sont justiciables des appareils simples (gouttières, attelles, etc.) : 2° les fractures obliques demandent davantage, et il faut recourir à l'extension continue ou à la suture osseuse.

Dans la grande majorité des cas, c'est à l'extension continue que le praticien aura recours de préférence : car la suture osseuse

constitue un traitement d'exception, qui n'est possible que dans les villes et les milieux hospitaliers. En outre, les fractures de jambe sont si variables de forme, de siège, de gravité, qu'elles ont nécessité l'emploi d'appareils nombreux et divers (appareils immobilisateurs, appareils ambulatoires, appareils à extension continue, etc.). En général, ces appareils sont coûteux, ou bien ils comportent une technique assez compliquée qui les rend impraticables à la campagne. Ce sont ces considérations qui ont engagé le Dr Monnier à imaginer un appareil peu coûteux, facile à construire et d'une simplicité technique très grande.

Cet appareil nécessite la présence des matériaux suivants : deux bâtons d'un mètre de longueur environ (deux manches à balai, par exemple) ; deux boulons avec leurs écrous ; une tige métallique de 20 centimètres (tringle à rideau ou gros fil de fer) ; un cerceau métallique pour supporter les couvertures de lit ; deux bouchons ; deux chaussettes, de la tarlatane, du plâtre, des bandes de toile et de l'ouate ordinaire.

Avec ces éléments il est possible de construire l'appareil qui se compose de trois parties : 1° la bottine plâtrée; 2° le cerceau ; 2° la gouttière-hamac cruro-jambière qui maintient la jambe fléchie sur la cuisse.

Pour faire la bottine plâtrée, on enroule autour du pied, revêtu au préalable des deux chaussettes, la bande plâtrée, en formant le 8 de chiffre autour du cou-de-pied ; le talon reste libre et l'on a eu soin de mettre un gros tampon de ouate sur le tendon d'Achille et sur le cou-de-pied pour éviter les pressions dangereuses. Au niveau de la partie moyenne du métatarse et sur la face plantaire du pied, on dispose transversalement la tige métallique qui se trouve fixée par la bande plâtrée ainsi que les deux bandes de toile de quarante centimètres de long que l'on a disposées le long des malléoles, suivant l'axe du membre, et qui, nouées ensemble, formeront l'anse de traction.

Le cerceau est celui que l'on emploie communément : à son défaut, il peut être remplacé par une caisse en bois, facile à se procurer partout.

Quant à la gouttière-hamac, elle constitue la partie essentielle de l'appareil. En principe, c'est une gouttière plâtrée articulée au genou et renforcée latéralement par deux bâtons (les deux manches à balai sont coupés en deux fragments de trente et soixante-dix centimètres que l'on réunit à l'aide d'un boulon à écrou). Sur cette gouttière on place le membre blessé, en ayant soin de maintenir l'appareil en position horizontale. On y arrive en faisant reposer les bâtons sur les pieds du lit et on applique l'extension continue. La tige qui traverse la semelle de la bottine plâtrée repose sur les bâtons et permet le maintien du pied en bonne position.

D'après l'auteur, cet appareil donne des résultats excellents au point de vue fonctionnel. Anatomiquement, ils sont comparables et peut-être même supérieurs à ceux qu'on obtient avec les appareils plus perfectionnés. Enfin, dans l'esprit de son inventeur, cet appareil doit rendre de très grands services, surtout à la campagne, où il peut être fabriqué et surveillé facilement par le médecin lui-même.

**Kystes entériques et mésentériques.** — Chez un Japonais de vingt-trois ans, ayant présenté depuis plusieurs années des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite et chez qui le diagnostic d'appendicite avait été posé, M. J.-C. Ayer (*American Journal of the medical Science*, n° 1, janvier 1906) trouva un appendice sain; la lumière du cæcum était occupée par une masse de la dimension d'un œuf d'oie, tendue, fluctuante, lisse, n'adhérant pas à la paroi opposée de l'intestin, et recouverte par une muqueuse érodée et ulcérée. La valvule iléo-cæcale était perméable; mais la moitié supérieure de cette valve semblait être soudée à la tumeur. Une incision de la tumeur donna issue à 120 grammes d'un liquide clair et visqueux. La face interne du kyste était grisâtre et lisse. La paroi mesurait 5 millimètres d'épaisseur. Un prolongement de 5 centimètres de long s'étendait en arrière entre les feuillets du mésentère de la fin de l'iléon. L'énucléation du kyste était impossible. On eût pu l'enlever par une résection

intestinale étendue ; on se contenta de réséquer la portion de paroi libre du kyste et d'arrêter l'hémorragie de cette tranche par un surjet. Guérison sans incidents.

A propos de ce cas, AYER passe en revue la question des kystes abdominaux. Ceux-ci lui semblent ressortir à une des subdivisions de la classification suivante : kystes à point de départ dans les glandes de la paroi intestinale, kystes parasitaires, kystes embryonnaires, kystes des organes rétropéritonéaux, kystes des tumeurs malignes.

Son cas, qui a peu d'analogues dans la littérature, semble appartenir à la première catégorie, quoique l'examen histologique n'ait pu être pratiqué.

## Physiothérapie.

**Sur la stérilisation et la réaction des tissus dans le traitement par la lumière de Finsen**, par JANSEN (*Ziegler's Beiträge*, vol. XLI, p. 402). — Le pouvoir désinfectant des rayons de Finsen est très faible, puisque, dans une séance d'une heure, on peut stériliser au plus 0 gr. 0,02 de tissu tuberculeux. Un peu plus importante est la faculté, pour le traitement de Finsen, de détruire les cellules de tissu animal, libres ou incluses dans l'organisme. Au bout d'une heure d'irradiation, les cellules de nature épithéliale sont détruites jusqu'à une profondeur de 0 gr. 0,05. Les cellules de tissu conjonctif sont plus résistantes et la substance intercellulaire (collagène, cartilage) tout à fait réfractaire.

Le traitement de Finsen provoque dans tous les tissus vasculaires, normaux ou pathologiques, une vive inflammation séro-hémorragique. On observe principalement une très importante fluxion artérielle, une dilatation vasculaire, une thrombose des vaisseaux superficiels, ainsi qu'un très fort œdème du tissu. L'inflammation se termine par une formation de tissu conjonctif extrêmement vive à tendance hypertrophique. L'œdème dissocie les éléments cellulaires pathologiques et, joint à la thrombose, il élève la nécrose cellulaire directement provoquée par la lumière.

La dilatation vasculaire et l'extravasation sont dues à l'action directe sur l'endothélium et la musculature des parois des vaisseaux. La vive prolifération de tissu conjonctif part des cellules inaltérées de tissu conjonctif se trouvant dans la profondeur et dans la périphérie de la partie éclairée. Elle ne paraît pas être provoquée directement par la lumière, mais elle est le résultat d'une réaction inflammatoire simple.

D'après cette manière de se comporter du traitement de Finsen, il est vraisemblable qu'il n'a pas une action exclusivement désinfectante ; il est plutôt à considérer comme un caustique ; mais il diffère de la plupart des autres caustiques en ce qu'il agit d'une façon élective sur les cellules pathologiques tout en épargnant les tissus sains, et qu'il provoque un processus curatif extraordinairement intense.

Les essais de l'auteur ont en outre montré que la compression (comme on l'emploie ordinairement dans la méthode de Finsen) accroît en profondeur l'action de la lumière et que les modifications histologiques mentionnées, particulièrement les altérations destructrices, sont dues exclusivement aux rayons ultra-violets. Les rayons bleus de la lumière blanche ne possèdent qu'une faible action en comparaison des rayons ultra-violets, tandis que les rayons rouges, jaunes et verts ne produisent aucune altération histologique que l'on puisse mettre en évidence.

**Action des bains hydro-électriques dans les diverses affections cardio-vasculaires; courants sinusoïdaux.** — Les recherches de MM. ALBERT-WEILL et MOUGEOT (*Journal de physiothérapie*, 15 juin 1906) démontrent que le bain hydro-électrique à courant sinusoïdal : 1° *augmente la pression artérielle* d'une façon constante et énergique, et agit en cela d'une façon diamétralement opposée à celle du bain à courants triphasés ;

2° Agit d'une façon inconstante et faible sur la pression capillaire.

3° Les modifications du tracé du pouls radial, l'absence d'am-

... la pouls capillaire, l'absence de vaso-... montrent que le bain sinusoïdal ne diminue ...phériques; il paraît même les augmenter. ...systolique dilaté peut se rétracter du fait du ... diminuer sa dilatation; mais ce phénomène ... certain qu'avec le bain à courants triphasés ... carbo-gazeux qui paraissent diminuer nette-... résistances des vaisseaux périphériques.

... hydro-électrique à courant sinusoïdal peut être avan-... employé dans le traitement des hypotensions *sine* ... ou sans lésion cardiaque, et chez les mitraux dont le ...arde est encore résistant; dans cette dernière application, ... aura lieu toutefois de surveiller tout particulièrement le ... du cœur. En effet, s'il y a, de par la physiologie, deux ... d'augmenter la pression artérielle, soit par action tonique ... le cœur, soit par vaso-constriction périphérique, le bain ...nusoïdal paraît agir surtout d'après ce second mode, qui doit être évité dans certains cas.

## Pédiâtrie.

**Soins à donner aux seins au début de l'allaitement.** — M. le Dr Delestre indique dans la *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie* (anal. par *Journ. de méd. et de chir. prat*), quelques précautions faciles à prendre, et qui, si on les utilise surtout au début, permettent d'éviter les accidents si pénibles qui se produisent parfois, principalement chez les jeunes accouchées.

Il est utile tout d'abord d'espacer les tétées la nuit de onze heures à six heures du matin, de manière que le sein se repose assez longtemps. De plus, les soins et les pansements du mamelon ont une grande importance On a proposé nombre de solutions antiseptiques pour le lavage des seins avant et après les tétées; dans l'intervalle de celles-ci, on a préconisé tantôt le pansement sec, tantôt le pansement humide. Voici la façon de procéder préconisée par M. Delestre :

Le mamelon est lavé, avant et après la tétée avec une solu-

tion d'alcool à 90° coupé de deux tiers d'eau bouillie. Entre les tétées, on applique sur le sein une rondelle faite de trois épaisseurs de gaze stérilisée, et de la dimension d'une petite paume de main; cette rondelle est recouverte et maintenue en place par une rondelle plus grande en gutta-percha laminée, que la chaleur humide de la peau fait adhérer au pourtour. Un bandage de toile ou une serviette cerclant le thorax maintiennent et relèvent légèrement les seins.

Pratiquement, on peut préparer, chaque matin, dans un récipient à couvercle (un sucrier en verre ou en porcelaine est, pour cela, très commode), de petits tampons de coton hydrophile baignant dans la solution d'alcool au tiers.

Quant aux rondelles de gaze stérilisée, on les trouve toutes préparées, en boîtes ou en flacons, chez certains pharmaciens; mais il est facile de les préparer soi-même en les découpant dans de la tarlatane désapprêtée; on les enferme ensuite dans une boîte de fer-blanc, qu'on met au four de cuisine pendant une demi-heure : cette stérilisation sèche est suffisante.

Il y a grand intérêt à ce que les seins soient bien maintenus par le bandage de corps et surtout bien relevés. il sera utile, pour obtenir ce résultat, d'empêcher le bandage de descendre, à l'aide de deux bandes qui, passant sur les épaules, s'attachent devant et derrière, formant bretelles.

Lorsque les seins sont volumineux et tombants, il est indispensable de confectionner avec de l'ouate et de la toile deux petits coussins en forme de croissant. que l'on placera à la partie inférieure et externe du sein dans le pli sous-mammaire; fixés à l'aide du bandage, ces coussins maintiennent admirablement les seins relevés.

**Traitement de la diarrhée alimentaire de la première enfance** (VEILLARD, *Journ. de Méd. de Paris*). — Les *purgatifs* sont souvent indiqués pour éliminer du tube digestif les matières alimentaires non digérées et les microbes ou ptomaïnes qui se sont développés secondairement.

..., à la dose d'un gramme, quatre jours de suite, ... âgés de moins de six mois (Blache) ; 2 à 3 gram... ... deux mois.

... *... de soude* est un des meilleurs purgatifs à ... dans la diarrhée alimentaire des enfants. On le donne ... dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 par biberon, plusieurs jours de suite. ... qu'il est purgatif, il doit être considéré comme un des ...leurs adjuvants de la fermentation lactique ; il est donc antiseptique par production d'acide lactique.

Le *calomel*, qui est un purgatif et un diurétique antiseptique, peut s'employer à la dose journalière de 0 gr. 15 à 0 gr. 25.

Si, malgré l'emploi de ces moyens, la diarrhée persiste, on peut utiliser les médicaments qui diminuent l'élément séreux de la diarrhée (opiacés et astringents) ou la médication antiseptique.

*Antiseptiques intestinaux.* — M. le Dr Lesage place au premier rang l'acide lactique, employé en potion selon la formule de M. Hayem (2 p. 100). Nous avons vu que les alcalins agissent de même façon.

La naphtaline peut être donnée cinq à dix jours de suite :

| | |
|---|---|
| Naphtaline.................... | 0 gr. 50 à 1 gr. |
| Rhum ou cognac.............. | 10 » |
| Julep......................... | 50 » |

par cuillerée à café dans les vingt-quatre heures.

Bien d'autres antiseptiques ont été employés (créosote, salicylate de bismuth, acide phénique, benzoate de soude, etc.), mais les résultats ont été jusqu'ici très incertains ; il est préférable de s'en tenir aux alcalins, à l'acide lactique, à la naphtaline ou au naphtol.

*Opiacés et astringents.* — On peut les donner isolément ou simultanément, suivant l'une des formules suivantes :

| | |
|---|---|
| Sirop de ratanhia........................ | 30 gr. |
| Julep.................................... | 30 » |

par cuillerée à café toutes les deux heures, une demi-heure avant la tétée.

*Autre* :

| | |
|---|---|
| Elixir parégorique.............. | V à X gt. |
| Extrait de ratanhia............. | 0 gr. 50 à 1 gr. |
| Sirop de grande consoude...... | 20 » |
| Eau distillée.................. | 40 » |

Même mode d'emploi.

## Maladies vénériennes.

**Résultats négatifs du traitement de la syphilis secondaire par l'atoxyl.** — Le Dr H. Curschmann (*Therap. Mona's.*, 1907, n° 12), rapporte les insuccès de l'atoxyl dans 7 cas de syphilis secondaire. En raison des accidents toxiques fréquents du médicament, il se contente de prescrire des doses de 0 gr. 10 tous les 2 jours au lieu de 0 gr. 50.

D'après cet auteur, l'atoxyl fut impuissant à faire disparaître les manifestations syphilitiques secondaires telles que roséole initiale, papules sèches, angines spécifiques, qui guérissent, du reste, spontanément, après un temps plus ou moins long. Les efflorescences secondaires plus graves, ne furent pas influencées par l'atoxyl, même au bout de 9 semaines de traitement.

# FORMULAIRE

## Traitement du Hay-fever.

Contre l'accès du rhume des foins, le Dr Menier préconise des inhalations de chloroforme mentholé à 1 p. 25; puis les pulvérisations intra-nasales d'une solution d'adrénaline à 1 p. 2000.

Contre les accidents oculaires, et notamment contre l'action de la lumière, on prescrira :

| | |
|---|---|
| Sulfate d'ésérine..................... | 0 gr. 02 |
| Eau distillée........................ | 10 » |

Instiller une goutte de cette solution dans chaque œil.

ou :

| | |
|---|---|
| Nitrate de pilocarpine | 0 gr. 05 |
| Eau distillée | 10 » |

Même mode d'emploi.

Dans les formes asthmatiques, on combattra la dyspepsie par les antispasmodiques. Dans les cas légers, l'usage de la belladone ou des valérianates est indiqué :

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone | 0 gr. 05 |
| Sirop diacode | 40 » |
| Eau de laurier-cerise | 10 » |
| Eau de tilleul | 80 » |

A prendre dans la journée.

ou :

| | |
|---|---|
| Valerianate de zinc et d'ammoniaque / Extrait de valériane | ãã 0 gr. 05 |

Pour une pilule n° 20. — Quatre à six pilules dans les 24 heures.

Quand l'accès d'asthme est modéré, on peut encore recourir aux bromures :

| | |
|---|---|
| Bromure de potassium | 20 gr. |
| Teinture de lobélie | 15 » |
| Teinture de grindelia robusta | 4 » |
| Teinture d'opium camphrée | 10 » |
| Sirop d'écorce d'oranges amères | 40 » |
| Décoction de polygala | 200 » |

Trois cuillerées à soupe par jour.

Si l'accès d'asthme est très intense, il faut en arriver à la morphine ou à l'héroïne.

Il faut toujours rechercher si une lésion nasale n'est pas le point de départ de l'affection.

(*La Quinzaine Thérapeutique.*)

---

*Le Gérant :* O. DOIN.

Paris. — Imprimerie Levé, rue Cassette, 17.

## THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

par le Dr E. ROCHARD,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

### A propos du rhumatisme tuberculeux.

Si jamais expression heurta les convenances pathologiques, c'est bien l'assemblage de ces deux mots « rhumatisme et tuberculose » qui ont tous deux pour nos cliniciens une attribution bien tranchée. Et cependant M. Poncet vient de remplir et la presse et les Sociétés savantes de communications plus ou moins étendues pour nous prouver que nous nagions depuis longtemps au milieu de l'erreur la plus grossière et que nombre, que dis-je? que presque toutes, comment donc, que toutes les maladies chirurgicales étaient de la bacillose dans des formes plus ou moins atténuées.

En effet, à la tribune de la Société de chirurgie, il a essayé d'établir que l'arthrite sèche n'était qu'une manifestation tuberculeuse; bien mieux, la plupart des affections tendineuses devaient être attribuées à la même cause; mieux encore, la coxa vara, le pied plat, les scolioses, etc., n'avaient d'autre raison qu'une infection tuberculeuse; enfin, de plus fort en plus fort, ce pauvre lipome, cette bonne tumeur graisseuse, aussi bénigne dans son évolution que dans l'absence d'accidents secondaires qu'elle peut entraîner, doit être aussi rangée dans le cadre des mêmes infections.

Ici, je dois avouer, je ne comprends plus très bien, car si tout devient de la tuberculose, eh bien! n'en parlons plus! Supprimons le chapitre étiologie de la pathologie, ce qui ne sera pas pour ennuyer les futurs étudiants en médecine, mais alors, au nom de la saine clinique invoquée par M. Poncet lui-même, reprenons les différences qui séparent

les diverses manifestations de la tuberculose et reconstituons les anciens chapitres de la vieille et bonne pathologie externe.

Qu'on nous dise : « Vous vous êtes trompés jusqu'ici dans maintes occasions, nombre des affections que vous ne croyez pas tuberculeuses, le sont », ceci est parfaitement possible et je souscris d'avance à cette nouvelle interprétation des faits, si toutefois on me promet de me montrer dans ces affections leur cause devenue la véritable, c'est-à-dire le bacille de Koch ; mais jusque-là non et encore, ceci prouvé, je ne donnerai jamais à une arthrite que je croyais rhumatismale le nom de rhumatisme tuberculeux ; parce que si on y a trouvé le bacille, elle devient une arthrite tuberculeuse et elle reste arthrite rhumatismale si cette démonstration n'a pas été faite. Dans le premier cas, nous avons fait tout bonnement une erreur de diagnostic et voilà tout.

Les raisonnements de M. Poncet sont un peu jeunes, comme le lui a fait remarquer très spirituellement Auguste Broca, notre collègue de la Société de chirurgie. M. Poncet nous dit en effet que dans des statistiques qui ont été faites en Allemagne sur la cause de la mort chez les scoliotiques on a trouvé un tant pour cent considérable de tuberculose et M. Broca de lui répondre par d'autres statistiques qui disent que, d'une façon générale, sur cent adultes qui meurent, on a trouvé 70 fois pour 100 des lésions tuberculeuses, 100 pour 100 reprend même M. Reclus, et à nouveau M. Broca de conclure que, dans ces conditions, en suivant le raisonnement de M. Poncet, toutes les affections chirurgicales pourraient être tuberculeuses.

Le chirurgien de Lyon s'appuie encore sur l'opinion des grands spécialistes de la syphilis qui ont tendance à tout

ramener à leur infection et se demande pourquoi on ne lui accorderait pas ce qu'on concède à ces derniers; mais, pour ma part, je ne suis pas du tout mes collègues qui s'occupent d'affections vénériennes dans leurs déductions, à mon avis, inacceptables; et dernièrement encore je ne partageais nullement l'opinion d'un de mes amis, grand maître en cet art, et dont je venais d'opérer d'appendicite une petite malade recommandée par lui Cette pauvre jeune fille était de plus atteinte de luxation congénitale de la hanche et mon ami de rapprocher ces deux lésions pour en faire de l'hérédo-syphilis.

C'est là, comme on l'a encore dit à M. Poncet, faire de la métaphysique et non de la science. Ce n'est pas parce qu'un malade, atteint d'arthrite sèche, fait plus tard de la tuberculose pulmonaire qu'il est prouvé que cette arthrite sèche était tuberculeuse. Un rhumatisant peut devenir bacillaire, comme un diabétique, et nous savons même avec quelle facilité le bacille de Koch se développe chez les malades atteints de cette diathèse comme chez les vieux cancéreux, comme chez tous les malheureux dont une infection antérieure a préparé le terrain de culture.

Ne seront donc reconnues par nous comme tuberculeuses, et je peux dire, par tous les membres de la Société de Chirurgie, que les affections dans lesquelles on aura reconnu la présence du bacille de la tuberculose. Il est vrai que M. Poncet nous affirme et cherche à nous convaincre que les preuves cliniques ont cent fois plus de force que les examens histologiques ou que les épreuves bactériologiques.

Le microscope, nous dit-il en substance, a fait faillite : dans nombre de cas il ne vous répond rien et vous ne pouvez donc vous fier à ce qu'il vous enseigne. Il en est de même

des inoculations et de la culture des liquides recueillis, il y aurait là une banqueroute complète! On pourrait facilement répondre à M. Poncet que, à Paris du moins, tous les chirurgiens se sont toujours inclinés devant la preuve histologique même quand elle mettait leur diagnostic symptomatologique en défaut; qu'elle seule est la véritable démonstration scientifique, à ce point que si vous venez nous montrer au bout de plusieurs années un cancer guéri, nous considérerons le cas comme nul si l'examen histologique n'accompagne pas l'observation; il en est de même pour la méthode d'inoculation ou d'ensemencement.

Il est vrai que, dans certains cas, les histologistes sentent qu'ils ne peuvent pas, par exemple, toujours nous dire si nous nous trouvons en face d'un cancer du col ou d'une métrite; mais si la preuve de toutes les maladies pouvait être faite, ce serait trop beau; nous n'en sommes pas encore là. Faut-il dénier à la radiographie son incontestable valeur parce que, dans certains cas, son interprétation est des plus difficiles? et puisque j'ai prononcé le mot de radiographie, est-ce que tous nos diagnostics plus ou moins infirmes dans les traumatismes compliqués ne s'effacent pas devant la manifestation de la vérité due à la merveilleuse découverte scientifique des rayons X?

En terminant, je me permettrai, à mon tour, de défendre cette clinique au nom de laquelle M. Poncet parle, mais qu'il infirme considérablement en lui donnant un rôle qu'elle ne doit pour ainsi dire pas remplir. Ce n'est pas faire de la clinique que de rapprocher ce qui se passe dans une arthrite plastique de ce qu'on rencontre dans une pleurésie plus ou moins adhésive, c'est faire de la pathologie générale, ce n'est pas faire de la clinique que de rapprocher et de mettre dans le même chapitre une arthrite

sèche et une tumeur blanche; c'est ruiner, au contraire, la clinique et la réduire à néant. Celle-ci, en effet, n'a pas pour but principal de rapprocher les différentes maladies entre elles; au contraire, elle doit se proposer de créer des types *cliniques*, dont non seulement la symptomatologie est toujours la même, mais encore dont la marche et l'évolution sont connues et se comportent toujours de la même façon. Il importe peu pour le malade que dans son arthrite sèche on ait trouvé un microbe plus ou moins fatigué, ce qui l'intéresse, c'est qu'on lui dise que cette arthrite sèche ne deviendra jamais une tumeur blanche et ne l'exposera pas à de dangereuses généralisations.

---

### Fistules intestino-utérines.

Les fistules de l'intestin avec l'utérus sont extrêmement rares. Petit leur a consacré une étude importante (*Annales de Gynécologie*, 1882-1883) et a pu en rassembler dix-huit cas. Il résulte de son étude que ces fistules, après des accidents de début fort graves, constituent une affection souvent compatible avec la vie et qui peut, dans nombre de cas, guérir d'elle-même à la suite de quelques soins de propreté et de cautérisations.

Quénu et Hartmann signalent (*Chirurgie du rectum*) les fistules utéro-intestinales. « Bidder, disent-ils, a publié l'histoire d'une hernie de l'S iliaque dans la cavité utérine, à la suite d'une inflammation pelvienne avec formation consécutive d'une fistule colo-utérine. M. Le Jemtel, un de mes élèves, vient de m'adresser une observation qui a fait l'objet d'un rapport de ma part à la Société de chirurgie.

Il s'agissait d'une malade chez laquelle, à la suite d'accidents puerpéraux, s'était formée une fistule utéro-intesti-

nale. Des matières fécales s'éliminaient par le col utérin ; la malade guérit sans intervention et sans qu'il ait pu savoir quel était le segment intestinal intéressé. »

Chez la malade de Le Jemtel, la face postérieure de la vessie, l'utérus et l'intestin étaient ouverts ; ces deux derniers organes communiquaient d'une façon manifeste. Voici du reste l'observation :

Le 1er février 1907, M. Le Jemtel fut appelé auprès de Mme D..., âgée de vingt-deux ans, accouchée un mois et demi auparavant par une sage-femme. Les suites de couches nécessitèrent la présence d'un médecin, des phénomènes infectieux étant rapidement survenus. Ce dernier fit pratiquer par un confrère un curettage qui, pendant quelques jours, sembla améliorer la malade. Mais, bientôt, la fièvre reparut, puis les matières fécales s'écoulèrent par le col utérin, semi-solides. Y avait-il eu perforation utérine due au curettage ? Abcès puerpéral ouvert dans l'intestin et les voies génitales ? On ne sait, mais quand M. Le Jemtel examina la malade, les bougies d'Hégar ressortaient coiffées de matières, et le confrère qui donnait les soins journaliers apprenait que les injections intra-utérines sortaient par l'anus, quelques instants après.

Cette fistule utéro-intestinale, après avoir déterminé en quelque sorte une recrudescence des accidents infectieux, ne troublait plus la malade que par les inconvénients locaux de sa nouvelle situation ; aussi désirait-elle vivement une intervention qui pût remédier à son état. Les matières sortaient en abondance par le vagin avec, dans leur intervalle, des pertes purulentes. Les urines contenaient, elles aussi, du pus en abondance.

Après une dizaine de jours d'observation, la malade étant complètement apyrétique, M. Le Jemtel se décida à inter-

venir et à aborder l'utérus par la voie abdominale, ignorant quel segment intestinal était intéressé. A l'ouverture du péritoine, il tomba dans une poche purulente contenant environ 200 grammes de pus ; après évacuation, il se trouva dans une cavité limitée en avant par la paroi antérieure de la vessie qui flottait librement, en haut et en arrière par des adhérences séparant cette cavité de l'abdomen, en bas par la vessie largement ouverte, dans laquelle il passa facilement une sonde ressortant par l'urètre. Jugeant imprudent de pousser plus loin l'intervention, il rétrécit la brèche vésicale anfractueuse, irrégulière, par quelques points au catgut ; il passa un drain hypogastrique et y laissa une sonde vésicale à demeure. Un mois après l'intervention, la plaie abdominale était fermée, la malade urinait facilement et était guérie, non seulement de sa déchirure vésicale, mais aussi de sa fistule utéro-intestinale spontanément fermée.

M. Le Jemtel se demande s'il aurait dû attendre davantage avant d'opérer ; nous pouvons lui répondre qu'il a parfaitement fait d'intervenir, puisqu'il a ouvert un abcès qui certes n'aurait pas guéri spontanément, et qui peut-être empêchait la cicatrisation de la communication intestino-utérine.

Mais, dans cette observation, il y avait une complication de la fistule intestino-utérine, se manifestant par un abcès communiquant avec la vessie.

Dans les cas où il y a seulement communication du tube intestinal avec la matrice, il faut laisser la nature agir et la plupart du temps la guérison se fera d'elle-même. Cette observation le prouve une fois de plus ; car M. Le Jemtel n'a en rien touché, et en cela il a grandement bien fait, les organes qui communiquaient anormalement l'un avec l'autre.

**Opération de Brasdor pour un anévrisme de l'origine de la carotide primitive droite. Anévrisme considérablement rétracté. Guérison rapide de tous les accidents. Hémiparésie tardive gauche, neuf mois après l'opération.**

On a signalé des accidents immédiats, des accidents tardifs survenant plusieurs jours après la ligature de la carotide primitive, mais à ma connaissance on n'a pas encore enregistré des accidents éloignés, c'est-à-dire se manifestant des mois après la pose du fil sur cette artère.

En voici un exemple curieux où des symptômes de parésie se montrèrent neuf mois après l'opération ; il s'agissait d'une malade atteinte d'anévrisme de la base du cou traitée par la méthode de Brasdor, c'est-à-dire par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite au-dessus de la tumeur.

La malade, opérée le 28 mars 1907, quitte l'hôpital le 15 avril. « La dilatation anévrismale est diminuée (dit l'observation) ; la malade accuse un bien-être progressif. »

Elle nous revient, au début de mai, pour une angine qui ne dure que quelques jours. Nous constatons que l'anévrisme continue à diminuer ; la force revient dans le membre supérieur droit ; les douleurs, les accès de suffocation ont complètement disparu. Nous lui recommandons l'iodure de potassium, complètement abandonné depuis sa sortie de l'hôpital.

Elle est, à nouveau, salle Denonvilliers, le 13 janvier 1908, cette fois très fatiguée, le teint pâle et atteinte d'une légère *hémiplégie gauche*.

Son histoire est celle-ci depuis sa seconde sortie de l'hôpital :

Elle a été bien portante jusqu'au mois de décembre 1907 (c'est-à-dire durant huit mois), assidue à un travail assez

fatigant, livrant elle-même son travail par tous les temps, trouvant inutile le traitement ioduré qui lui a été recommandé.

*Vers le début de décembre*, surviennent durant son travail, et à plusieurs reprises, *des malaises*, *des étourdissements sans perte complète de connaissance*. Notons qu'à partir de cette même époque la malade a de la polydipsie.

*Le samedi* 11 *janvier* 1908, la malade revient de ses courses « complètement refroidie ». Elle s'alite, n'ayant pu se réchauffer. Dans la nuit, elle se lève pour satisfaire une soif ardente ; *elle est tout étonnée de ne pouvoir se remettre au lit : ses membres supérieur et inférieur gauches ne veulent plus la servir*. Un docteur, appelé au matin, constate une *paralysie faciale du même côté*.

EXAMEN DU 15 JANVIER 1903. — Il y a toujours *une petite tumeur pulsatile de la base du cou*, soulevant les deux chefs du sterno-mastoïdien *droit*, mais c'est une expansion extrêmement localisée *qui ne soulève plus toute la région sus-claviculaire*. Par contre, les pulsations de la carotide gauche sont plus fortes, ce dont la malade se plaint : « les battements qui me taquinaient tant avant l'opération, dit-elle, ont tendance à se porter du côté opposé. »

A la palpation, on est encore plus frappé de la rétraction de cet anévrisme. *Cette petite poche expansive du tiers inférieur de la carotide primitive droite est*, *en effet*, *très approximativement réduite au volume du petit doigt*.

Rien n'attire plus l'attention du côté du tronc brachio-céphalique, du côté de la sous-clavière droite, au niveau de laquelle le frémissement si intense a disparu.

*En somme*, *l'anévrisme est tellement réduit qu'il est méconnaissable. Ce n'est plus qu'un cul-de-sac très rétracté au-dessous d'une ligature*, *dans lequel l'ondée sanguine provoque à chaque systole*

*un souffle qui ne ressemble en rien à celui qui préexistait, beaucoup moins fort, beaucoup moins rude.*

L'aorte a conservé son double souffle d'artérite chronique.

Le pouls radial et temporal droits sont toujours inexistants.

*Le membre supérieur droit a recouvré assez rapidement ses fonctions. La malade s'en sert parfaitement.*

L'examen des urines n'a décelé ni *sucre*, ni albumine.

*Les accidents récents consistent* en une HÉMIPARÉSIE, plutôt qu'une hémiplégie véritable, GAUCHE.

Les membres supérieur et inférieur gauches sont froids, alourdis ; la force est diminuée de ce côté, mais la malade peut encore s'en servir ; l'élévation de l'épaule, la marche, ne sont pas trop hésitantes. Peu de troubles de la sensibilité.

La face est peut-être plus touchée, asymétrique, les traits légèrement déviés du côté sain, la commissure labiale abaissée à gauche. L'intégrité de l'orbiculaire des paupières est la signature de cette paralysie centrale.

Le facies est un peu hébété, la parole un peu traînante. Durant deux jours, la malade a été assez agitée, oubliant pourquoi elle se levait, se trompant de lit. Actuellement, elle est calme et répond très clairement aux différentes questions.

*En somme, c'est assez bien le type du ramollissement (à début lent) par thrombose des vieillards artério-scléreux.*

*Mais pourquoi cette localisation au cerveau droit ? Il existe là, tout au moins, une coïncidence qui permet peut-être d'établir une certaine relation de cause à effet.*

A quoi donc attribuer cette hémiparésie tardive gauche, survenant neuf mois après la ligature de la carotide primitive droite ?

*Son apparition sans apoplexie, sa bénignité, nous permettent d'éliminer :*

*L'hémorragie cérébrale par rupture d'un petit anévrisme miliaire.*

*L'embolie cérébrale* par un caillot entraîné de la division de la carotide primitive droite par le courant sanguin se faisant désormais (du côté droit) de la carotide externe vers la carotide interne.

L'hypothèse qui nous semble la plus vraisemblable est celle-ci :

*L'irrigation de l'hémisphère droit est moins parfaite* (celle-ci se faisant par des voies détournées; et, d'autre part, l'origine de la vertébrale droite ayant pu s'obstruer peu à peu tandis que la poche anévrismale se rétractait).

*Cette ischémie cérébrale s'est trouvée favorisée par l'artério-sclérose concomitante, celle-ci évoluant sous forme d'artérite sténosante faisant obstacle progressif au cours du sang, ou d'endardérite par plaque favorisant une coagulation sanguine, une thrombose.*

*L'amélioration par le repos et l'iodure de potassium serait plutôt en faveur de notre hypothèse.*

---

## PSYCHOTHÉRAPIE

### **Les états neurasthéniques et leur traitement** (1).

(*Suite.*)

par le Dr MARCEL VIOLLET,
Médecin des Asiles.

IV

*Traitement des états neurasthéniques idiopathiques.*

Nous rappelons ce que nous avons dit dans notre deuxième article, que l'état neurasthénique idiopathique est constitué par l'exagération, — survenue en dehors de toute cause morbide

---

(1) Suite. — Voir le n° du 30 août.

organique, — d'un état mental congénital. Quels que soient les symptômes — subjectifs — d'affections viscérales dont se plaignent les malades, ils relèvent tous d'une auto-suggestion, et l'état neurasthénique idiopathique s'affirme — jusqu'au moment où les progrès de la science auront décelé une cause, toxique ou infectieuse, à cette exagération de tendances héréditaires — comme une maladie de l'esprit.

Penser ainsi, c'est deviner l'importance du traitement moral dans cette affection.

Un tact tout particulier est indispensable au médecin lorsqu'il a à soigner un neurasthénique. Non seulement ce tact l'aidera beaucoup à guérir son malade, mais il devra lui servir d'abord à conserver sa confiance le temps nécessaire pour que sa guérison soit obtenue. Les médecins savent bien que le neurasthénique est un oiseau migrateur, qui ne vient dans leur cabinet qu'à titre d'oiseau de passage, qui est déjà passé par d'autres mains médicales, et qui a toutes tendances à s'échapper de nouveau pour aller vers telles autres cures où le pousse son espoir hésitant e inquiet.

Un tel malade, il faut d'abord le fixer. Et la tâche est pénible. La brusquerie, l'affirmation brutale qu'il n'y a aucun mal, que toute la maladie réside dans l' « idée » ne convainc pas du tout le malade, qui, d'autre part, s'irrite de la méthode ironique et railleuse dont certains médecins se servent pour découvrir à ses yeux que sa maladie est « imaginaire ». La douceur, la pitié, l'acceptation aveugle de tous les symptômes, la méthode qui consiste à pleurer avec le malade n'est pas meilleure, en ce qu'elle ancre dans son esprit la croyance en la réalité de ses maux. Et il ne faut pas davantage user de la méthode suggestive trop rapide, promettre la guérison à une date fixe et rapprochée, car le neurasthénique prend un dépit exagéré de la chute des illusions que le médecin avait fait naître.

J'estime très infidèle la méthode qui consiste à employer, pour combattre l'état neurasthénique idiopathique, des remèdes que l'on annonce mystérieux, énergiques au suprême degré, consti-

tuant un véritable secret thérapeutique : l'effet ne répond pas toujours à l'annonce mirobolante et le malade croit de plus en plus à la chronicité de sa maladie, que de tels remèdes n'ont su guérir. Et je crois par contre que l'indifférence du médecin à l'égard du neurasthénique, examiné rapidement et pourvu lestement d'une ordonnance, est tout à fait insuffisante.

Le rôle du médecin est de capter la confiance du malade. Rapidement le médecin voit qu'il a affaire à un neurasthénique; un examen minutieux de tous les organes lui fait reconnaître, lorsqu'il ne trouve aucune affection organique, qu'il s'agit d'un état neurasthénique idiopathique. Dès ce moment le traitement moral doit commencer.

Le médecin gagne rapidement la confiance du malade en lui disant que son cas est très intéressant. Ce qui en fait l'intérêt, c'est le point de vue scientifique, car la maladie n'est pas incurable, loin de là ; pénible pour le malade, le médecin comprend bien qu'elle le soit, mais ce qui l'intéresse surtout, c'est qu'elle sort de la banalité. Il prie le malade d'être son collaborateur, non seulement dans le but de guérir, mais pour enrichir la science d'une importante nouveauté. Voici déjà deux personnes confiantes l'une dans l'autre, utiles l'une à l'autre, placées habilement sur un pied d'apparente égalité : le malade, qui ressent une obscure fierté d'être atteint d'un mal pas banal, s'attache à son médecin en raison de l'intérêt que celui-ci lui porte. Et le médecin a déjà très habilement substitué dans l'esprit du malade la notion de *non-banalité* de la maladie à celle de *gravité* qui existait auparavant. En s'y prenant bien, on peut arriver à faire considérer par le malade sa maladie comme un tiers dans une partie à trois, un tiers à surveiller attentivement et dont toutes les manifestations ne doivent échapper ni au malade, qui *en est le plus près*, qui vit *côte à côte*, ni au médecin qui est profondément intéressé. Cette *extériorisation* de la maladie en modifie complètement le caractère dans l'esprit du malade.

Le médecin doit s'astreindre à prendre quelques notes, pour mieux jouer son rôle, durant la première visite. Puis il demande

au malade de lui rédiger *quelques lignes* sur les diverses manifestations de sa maladie, *quelques lignes tous les jours.* Il est à peu près certain que la fois suivante le malade — qui se déclarait incapable d'écrire une lettre — apporte un rapport fort long et détaillé. Le médecin aura, il est vrai, la peine de le lire, mais il fera, incidemment, remarquer qu'un mieux existe du fait que le malade a pu écrire ainsi. Il serait bon, pense-t-il, que le malade fasse une promenade assez longue : une heure ou deux, et voie comment la maladie se comporte pendant ce temps. Le malade tirera de son état après la promenade les déductions qui lui plairont, mais il aura fait, jusqu'au bout, cette promenade *expérimentale*, lui qui se déclarait incapable de se tenir debout plus de cinq minutes. On peut de la sorte, se servant toujours du même prétexte d'étude de la maladie, amener le malade à faire plusieurs promenades par jour, à faire de la gymnastique, à faire des haltères, etc... Mais à chaque fois que le malade raconte le résultat de ses expériences, le médecin a soin de ne faire remarquer qu'incidemment qu'une amélioration existe.

A cette période du traitement, le médecin peut faire, *in petto*, deux constatations. D'abord l'état mental du malade s'est modifié : il ne désespère plus, il a trop à faire à surveiller le *troisième dans la partie*, il ne se plaint plus, il explique, il n'est plus découragé puisqu'il lutte pour vaincre. Pendant que le neurasthénique examine ainsi sa maladie, il s'attache à des constatations en rapport avec les actes conseillés par le médecin; marche-t-il, il note des troubles du côté de ses jambes, des crampes, des fourmillements, de la lassitude, des craquements, etc..; fait-il des haltères, il note que ses bras se fatiguent, deviennent douloureux, le piquent, etc... Il cesse de faire attention aux grands symptômes qu'il ressentait auparavant; aussi la céphalée, la rachialgie, les insomnies, les troubles gastriques, etc.,. diminuent et disparaissent. Tout en remarquant en lui-même que cette disparition peut fort bien être attribuée à l'amélioration de l'hygiène du malade, le médecin a soin de ne pas le faire remarquer à celui-ci. Il vaut mieux que la constatation de cette disparition frappe un

jour le malade lui-même, et qu'il vienne triomphalement l'annoncer à son médecin.

Si toutefois ces symptômes persistent, il faut rechercher encore s'ils ne sont pas l'indice d'une affection concomitante. Sinon il faut s'efforcer de les faire disparaître un à un. S'il y a encore de la céphalée, on cherchera à savoir à quel moment elle survient, puis, sans paraître lutter contre ce symptôme, on conseillera au malade de faire, à ce moment-là, un exercice quelconque, une promenade. Si les insomnies persistent, on conseillera au malade de se promener après le dîner, sans lui laisser soupçonner que cette prescription a pour but de combattre l'insomnie. Contre l'anorexie on peut prescrire un peu de strychnine, de gentiane, ou de toute autre substance apéritive, sans indiquer que cela ouvre l'appétit. On luttera contre les digestions pénibles en instituant un régime léger : les viandes grillées, les légumes cuits, surtout les purées de farineux, les fruits cuits, les œufs, tout cela étant prescrit uniquement comme un régime général, et sans paraître lutter contre un symptôme particulier. Et ainsi, selon le cas, pour tous les symptômes.

Ces grands symptômes une fois disparus, et la constatation de cette disparition ayant été faite par le malade lui-même, le médecin se trouve en présence d'un autre homme, d'un homme qui, sur des instigations étrangères, s'examine et se scrute constamment. Il ne faut pas se borner alors à lui dire : vous êtes guéri, en lui dévoilant sa méthode, son truc. Le malade retomberait infailliblement et perdrait toute confiance. Il faut feindre de n'avoir pas remarqué la disparition des symptômes, la constater, avec un étonnement mitigé et avec plaisir, comme une affaire désormais classée, et sembler reporter toute son attention sur les symptômes nouveaux qui paraissent résulter des exercices expérimentaux. Ce sont de nouvelles choses à vaincre, à vaincre par l'exercice. Sans surcharger le malade de besognes et sans le fatiguer, il faut le ramener à la vie active, le faire sortir beaucoup, avec des buts précis, le ramener à son travail, à ses affaires, pour voir comment la maladie va se comporter. Il est très vrai-

semblable qu'elle se comportera le mieux du monde, et que petit à petit, cet homme qui ne souffre plus que de maux suggérés et qu'il sent diminuer tous les jours, qui mène une vie remarquablement hygiénique au point de vue alimentaire et au point de vue activité physique, cet homme qui a repris confiance et courage, l'intérêt des affaires va le reprendre, et remplacer l'intérêt exclusif et morbide qu'il attachait à sa santé. Le médecin le remarque à la cessation des rapports écrits et à l'éloignement des visites, jusqu'au moment où le malade vient — s'il vient — lui annoncer qu'il est guéri.

Qu'il se garde bien alors de triompher, de donner au malade la « clef » du traitement qu'il lui a fait suivre. Même si cet orgueilleux aveu ne faisait pas retomber le malade, celui-ci n'en aurait à l'égard de son médecin aucune reconnaissance. Il considérerait que le médecin s'est moqué de lui, l'a pris pour un malade imaginaire. Mieux vaut le laisser deviner, s'il le peut. Mais en attendant qu'il devine, il faut remercier le malade de sa collaboration, et bien marquer que la maladie est bien finie, définitivement classée, et qu'il n'arrivera jamais plus rien de semblable.

Tel est, dans ses grandes lignes, le traitement moral qui nous a toujours donné le plus de succès. Naturellement des distinctions sont à faire selon les malades, et on ne parlera pas de même à l'ouvrier et à l'érudit. On aura soin de ne point trop brusquer ni trop faire traîner ce traitement, dont la durée est éminemment variable selon les cas, et où on pourra être amené, pour un temps, à faire machine en arrière.

Pour indispensable que soit le traitement moral, il pourra utilement s'aider de prescriptions médicamenteuses. Celles-ci devront toujours viser à augmenter les forces du malade. Il faut proscrire absolument toute médication susceptible de les diminuer, s'abstenir de donner des calmants, des hypnotiques; surtout, ne pas donner de morphine, les neurasthéniques ayant une tendance toute particulière à devenir des morphinomanes. Il est aussi souvent inutile de donner des anti-nervins du genre de l'antipyrine : l'estomac peut mal les supporter, ils au mentent

encore la dépression nerveuse, et le malade a déjà pu constater par lui-même leur inefficacité notoire dans les troubles douloureux de son affection. Peut-être, dans certains cas, extrêmement limités, sera-t-on forcé de les prescrire (1), mais il est préférable que ce ne soit jamais que pour un temps très court (2).

Par contre, une médication tonique et stimulante aura de bien meilleurs effets. Elle aidera le traitement moral en supprimant en partie la fatigabilité, et en permettant au malade de se livrer sans épuisement aux exercices « expérimentaux ». La plupart des auteurs récents partagent cette opinion que l'état mental du neurasthénique s'améliore par la constatation de la disparition de sa fatigabilité (3 et 3 *bis*). Parmi les moyens indiqués par les auteurs pour tonifier le malade, l'exercice et la suralimentation sont préconisés par Hunt (4), et semblent en effet devoir occuper dans le traitement une place de premier plan, à condition d'éviter d'instituer une suralimentation trop abondante. Il ne serait point sage de livrer le malade aux excès de nourriture que l'on a, souvent à tort, préconisés dans la tuberculose, et plutôt que de forts repas, il vaut mieux prescrire des repas fréquents, entre lesquels le malade se promènera. C'est là un point mis en évidence par Roubion (5) et aussi par L. Pron (6) pour qui l'hygiène du neurasthénique se résume à ceci : d'abord éviter les crises d'excitation, ensuite tonifier le malade.

---

(1) Higier. *Zur therapie der neurasthenia sexualis* (*Heroïnum muriaticum*) *Neurol. centralbl.*, n° 6. 16 mars 1904, p. 256.

(2) Couture. *Traitement de la neurasthénie. Société de thérapeutique*, 28 novembre 1900.

(3) M. de Fleury. *Traitement de la neurasthénie. Soc. de thérapeutique*, 25 juillet 1900.

(3 *bis*) Colleneau. *Traitement de la neurasthénie. Gazette des hôpitaux*, 30 mars 1899.

(4) Hunt. *Neurasthénie traitée par l'exercice et la suralimentation. Journ. of the American association*, 3 juin 1905.

(5) Roubion. *Sur l'hygiène dans la neurasthénie.* Thèse de Montpellier, 1905.

(6) Pron. *Neurasthénie, pathogénie et traitement.* Rousset, Paris, 1905.

Les toniques préconisés par les auteurs sont très divers; l'arsenic (1) seul, ou combiné avec d'autres traitements (2); la strychnine (3); l'yohimbine (4), ces médicaments sont non seulement utiles comme médication symptomatique, ils sont encore capables de produire de bons effets comme médicaments généraux. D'autres peuvent leur être préférés, ou associés; les phosphates, par exemple, pourront avoir de bons effets, et sur l'état général, et sur certains symptômes en particulier (5).

Certains auteurs ont pensé trouver dans les préparations opothérapiques des adjuvants utiles au traitement moral. Naturellement ils se sont adressés aux préparations des glandes génitales, testicules et ovaires, dont on voit si souvent l'action modifiée dans le cours des états neurasthéniques. L'orchitine a été expérimentée avec succès en France (6) et en Italie (7). L'extrait d'ovaire a également été préconisé (8).

Quelle que soit la médication tonique employée, on est amené à se demander si l'on doit accorder la préférence à la voie gastro-intestinale ou à la voie hypodermique. Les deux modes d'administration peuvent être préférés, selon l'état mental du

---

(1) GIRAREFF. *Les effets thérapeutiques des injections sous-cutanées de cacodylate de soude dans les états de neurasthénie et d'hyposthénie cérébrale*. Congrès de Madrid, 1903.

(2) SCHERB (d'Alger). *De l'inversion des phosphates dans un cas de névrite périphérique de nature indéterminée, chez un neurasthénique. Société de neurologie de Paris*, 6 décembre 1900.

(3) MENDELSOHN. *De la valeur thérapeutique de la strychnine dans les maladies du système nerveux. Bulletin général de thérapeutique*, 30 mai 1903.

(4) LEMOINE. *Etats neurasthéniques ; impuissance génitale. Nord médical*, 15 janvier 1903, p. 15.

(5) BARDET. *Les états neurasthéniques d'origine dyspeptique. Emploi de l'acide phosphorique. Soc. de thérapeutique*, 12 décembre 1900.

(6) BOUFFÉ. *Des rapports du psoriasis avec la neurasthénie. Traitement par les injections d'orchitine. Académie des sciences*, 12 août 1901.

(7) SCIALLERO. *L'orchitine, préparation de testicule frais dans un véhicule huileux. Riforma medica*, 4 février 1903.

(8) ZANONI. *Traitement de la neurasthénie féminine par l'extrait d'ovaire. Cronica della clinica medica*. Genova, 15 octobre 1901, p. 310.

malade, les nécessités du traitement moral et les circonstances extérieures. Ainsi, l'on ne pourra songer à la médication hypodermique si le malade montre de l'aversion pour ce mode de traitement, s'il en a peur, s'il est hyperesthésique ou simplement douillet; et également s'il semble considérer les injections hypodermiques comme un moyen héroïque, exceptionnel, destiné à amener une guérison miraculeuse dans des délais très brefs. Dans les autres cas, on accordera la préférence à la voie hypodermique, parce qu'elle permet un traitement plus actif, et qui n'a aucune action sur la muqueuse gastrique dont l'intégrité est précieuse puisqu'on suralimente le malade.

L'activité physique du neurasthénique est une chose nécessaire, et fait partie du traitement moral. Blair-Stewart (1), Dornbluth (2), Hunt (3), Biller (4), Mac Bride, (5), Desmoulière et Gautrelet (6) estiment à juste titre que prescrire de l'exercice au malade est à la fois lui fournir de la distraction, accélérer ses fonctions gastro-intestinales (entre autres), augmenter l'appétit, diminuer la constipation, et ôter de son esprit cette idée, qui devient symptôme, de la fatigabilité. Ces auteurs varient, il est vrai, sur la nature de l'exercice proposé, et omettent d'en faire, ainsi que nous l'avons fait, un adjuvant utile du traitement moral, par la signification expérimentale que nous lui avons donnée. Mais ils ne vont pas si loin que Hall (7), qui prescrit

(1) Blair-Stewart. *Traitement de la neurasthénie. American medical Journal*, 31 août 1901.

(2) Dornbluth. *Traitement de la neurasthénie. Münchener medical Wochens.* 1900, p. 74.

(3) Hunt. *Loc. cit.*

(4) Biller. *Traitement de la neurasthénie. Journal of the American medical association*, 4 janvier 1902.

(5) Mac Bride. *Quelques remarques sur le traitement du neurasthénique. Journ. of the American Association*, 5 avril 1902.

(6) Desmoulière et Gautrelet. *Neurasthénie. Exposé sommaire de son traitement, Revue des maladies de la nutrition*, n° 12, 1903.

(7) Hall. *Emploi systématique du travail dans le traitement de la neurasthénie et des états similaires. Boston medical and surgical Journal*, 12 janvier 1905.

[illegible] systématique du travail. Systématique, soit, si le système [illegible] était proposé que lors de la dernière période du traitement. Mais, installé dès le début, il n'évite pas l'écueil que nous avons signalé, qui est de considérer ouvertement l'état neurasthénique comme une maladie imaginaire.

Une méthode qui semble opposée à celle-ci est l'isolement du neurasthénique. Peretti (1) étudie la question en général, et semble, pour les neurasthéniques en particulier, moins partisan de l'isolement et plus éclectique que Fauvet (2), Fout (3), Camus et Pagniez (4). L'éclectisme est absolument de rigueur dans ces cas, et il nous semble qu'il faille réserver l'isolement à ceux où il y a danger pour le malade ou son entourage (neurasthénie mélancolique). L'isolement ne peut guère s'entendre que comme ceci : internement dans une maison de santé; méthode qui paraît toujours au malade excessive ou grave et qui peut lui donner des craintes exagérées au sujet de sa santé, ou une inimitié difficile à détruire vis-à-vis des siens. Le milieu où est isolé le malade se prête assez mal au traitement moral que nous avons décrit; l'isolement laisse trop le malade en tête-à-tête avec ses pensées hypocondriaques; enfin il sépare le malade de la société, et il y a à craindre des rechutes lors de sa sortie après guérison ou amélioration.

Mais il est plus facile, dans la plupart des cas, de trouver dans les maisons de santé les installations et appareils nécessaires à l'hydrothérapie. Quelle est la valeur de celle-ci? Elle est préco-

---

(1) Peretti. *De l'état actuel de la question des établissements de traitement pour les maladies nerveuses. Psychiatr. Neurol. Wochens.*, t. V, fasc. XXVII, 3 octobre 1903.

(2) Fauvet. *Traitement de la neurasthénie par l'isolement.* Thèse de Paris, 1897.

(3) Font. *Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie par l'isolement et la suggestion à l'état de veille. Revue de psychiatrie*, février 1900, p. 59.

(4) Camus et Pagniez. *Isolement et psychothérapie. Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie. Rééducation morale et physique.* Paris, Alcan, 1904.

nisée par Medea (1), Rejou (2), C.-N. de Blois (3), Alessi (4). Il semble que dans bon nombre de cas une hydrothérapie bien instituée, sagement modérée, est un adjuvant utile au traitement moral. Elle constitue un exercice et peut aussi donner de bons résultats pour combattre les périodes d'excitation.

A cette question se rattache celle des cures hydrominérales. Elles peuvent être d'une grande utilité dans l'état neurasthénique idiopathique que nous avons seul envisagé jusqu'à présent.

Elles éloignent le malade de ses soucis d'affaire, elles le mêlent à un monde où les distractions abondent, elles lui offrent, en dehors des qualités naturelles de l'eau, un régime presque obligatoirement suivi, et incline sa vie à la discipline de la cure, qu'il voit suivre autour de lui (5).

---

(1) MEDEA. *L'hydrothérapie chez les neurasthéniques. Bollet. clinico scientif. della poliambulanza.* Milan, avril 1902, p. 73.

(2) REJOU. *Traitement hydrothérapique de la neurasthénie d'origine arthritique. Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 2 avril 1895.

(3) C.-N. DE BLOIS. *La neurasthénie et son traitement. Le Bulletin médical de Québec*, janvier 1903, p. 205-222.

(4) ALESSI. *Le bain chaud chez les neurasthéniques. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 11 septembre 1904, p. 2057.

(5) Pour éviter des redites, nous donnons ici la liste des eaux minérales préconisées contre les états neurasthéniques non seulement idiopathiques, mais encore symptomatiques.

ALET. — Neurasthénie chez les arthritiques.
AUDABRE. — Dyspepsies des neurasthéniques.
ARCACHON. — Neurasthéniques.
AULUS. — Neurasthénie chez les arthritiques.
BAGNÈRES-DE-BIGORRE. — Neurasthéniques.
BEAULIEU-SUR-MER. — Neurasthénie à prédominance dépressive.
BIARRITZ. — Neurasthénie à forme dépressive.
BOURBONNE-LES-BAINS. — Neurasthénie chez les arthritiques.
BRIDES. — Neurasthénie avec prédominance de dyspepsie hyposthénique et d'entéro-colite muco-membraneuse.
CAPVERN. — Neurasthéniques.
CAUTERETS. — Neurasthéniques.
CHATEL-GUYON. — Neurasthéniques.
DAX. — Neurasthéniques.
DIVONNE-LES-BAINS. — Neurasthénie sous toutes ses formes.
EUZET-LES-BAINS. — Neurasthéniques.

Parmi les autres moyens physiques de traitement qui ont été proposés, il faut citer la photothérapie (1), (2), (3), le massage (4), etc.

Et il ne reste plus à signaler que les nombreux travaux des électrothérapeuthes, diserts en une matière si riche en malades,

---

EVIAN. — Neurasthénie d'origine toxique et surtout neurasthénie causée par une toxi-infection d'origine biliaire.

FORGES-LES-EAUX. — Neurasthéniques, surtout avec dyspepsie atonique.

GÉRARDMER. — Neurasthénie sous toutes ses formes.

LA BOURBOULE. — Neurasthéniques.

LA MALOU. — Neurasthéniques avec crampes, contractures et paralysies.

LA MOUILLÈRE. — Neurasthénie à forme dépressive.

LUXEUIL. — Neurasthéniques femmes avec affections gynécologiques.

NÉRIS. — Neurasthéniques.

PAU. — Neurasthéniques.

PLOMBIÈRES-LES-BAINS. — Neurasthéniques chez lesquels les symptômes d'excitation l'emportent sur les symptômes de dépression.

POUGUES. — Neurasthénie à forme gastro-intestinale.

ROYAT. — Neurasthéniques.

SAINT-GERVAIS. — Neurasthéniques.

SAINT-NECTAIRE-LE-BAS. — Neurasthénies à forme dépressive.

SAINT-SAUVEUR. — Neurasthénie dans ses formes gastro-intestinale, cérébro-spinale et cardialgique.

THORENC. — Neurasthéniques.

URIAGE. — Neurasthéniques affaiblis.

VICHY. — Neurasthénie à forme gastro-intestinale.

Ces indications sont prises textuellement dans l' « Index médical des principales stations thermales et climatiques de France » 1903, Paris.

Nous avons seulement relevé ces indications dans l'espoir d'être utile, mais sans songer à rejeter toutes autres cures hydrominérales qui sembleraient utiles au médecin pour combattre la maladie-prétexte.

(1) JOIRRE. *Quelques cas de neurasthénie traités par la lumière. Nord médical*, 1er mai 1903.

(2) JOIRRE. *Traitement de la neurasthénie par la photothérapie. Nord médical*, 15 avril 1902.

(3) POUSSEPÈDE. *Traitement par la lumière des maladies nerveuses. IXe Congrès des médecins russes.* Saint-Pétersbourg, 1904.

(4) *Le massage dans la neurasthénie. Journ. des Praticiens*, 19 novembre 1904.

et qui présentent des observations d'indéniables succès (1 à 10).

Nous en avons fini avec l'énumération de tous les modes de traitement préconisés contre les états neurasthéniques. Ainsi que nous l'avons dit, tant de procédés divers ne semblent pas indiquer que l'on ait trouvé de spécifique. Est-ce une raison pour les rejeter? Nous ne le pensons pas. Nous estimons seulement qu'ils doivent absolument se contenter du rôle d'adjuvant du véritable mode de traitement de l'état neurasthénique idiopathique : le traitement moral.

(*A suivre.*)

(1) Apostoli. *L'électrothérapie dans quelques formes de neurasthénie. Académie de médecine*, 11 janvier 1898.

(2) Apostoli et Planet. *Traitement électrique de la neurasthénie chez les hystériques. Annales d'électrobiologie*, 1898.

(3) Gay. *Le traitement des neurasthéniques à hypertension artérielle par les courants à haute fréquence. Arch. d'électricité médicale*, 25 avril 1905, p. 285.

(4) Hartenberg. *La constipation des neurasthéniques traitée par l'électrothérapie. Presse médicale*, 7 mars 1906.

(5) Herschell *Traitement de la dyspepsie nerveuse ou neurasthénie gastrique. Edinbourg med. Journal*, janvier 1902, p. 19.

(6) Sgoffo. *Le traitement électrique de la neurasthénie. Giornale di elettricità medica*. Napoli, janvier-février 1901, an II, fasc. I, p. 1.

(7) A. Moutier. *Traitement de la neurasthénie par les courants alternatifs à haute fréquence. France médicale*, 21 janvier 1898, p. 34.

(8) Bonnefoy. *Relation de deux cas de neurasthénie grave, traités et guéris par la franklinisation. Archives d'électricité médicale*, 10 février 1905.

(9) Scherb, *loc cit.*

(10) Régnier. *Traitement électrique de la neurasthénie. Progrès médical*, 6 juin 1903.

# CARNET DU PRATICIEN

## Traitement des vomissements chez les phtisiques.

(PLICQUE).

Les vomissements (comme la toux) tiennent parfois à l'hyperexcitabilité pharyngée. Le froid (glace, boissons glacées, après les repas) est un premier moyen de calmer cette hyperexcitabilité. On peut aussi obtenir l'anesthésie locale par des badigeonnages ou des insufflations. Pégurier a obtenu de bons résultats avec les formules suivantes :

1° Bromure de potassium................ 3 gr.
Glycérine.......................... 30 »

Dissolvez. Un badigeonnage pharyngé avant chaque repas.

2° Chlorhydrate de cocaïne.............. 2 gr.
Eau................................ 100 »

Dissolvez. Badigeonner le pharynx au moment présumé du vomissement.

3° Diiodoforme........................ 8 gr.
Chlorhydrate de cocaïne............ 0 » 08
Chlorhydrate de morphine.......... 0 » 04

Mêlez. Pour insufflation.

Ce traitement a également l'avantage d'agir sur la toux et peut-être même sur les lésions.

Lorsque le traitement médicamenteux devient indispensable, on essaiera, avant les antispasmodiques et les narcotiques, divers médicaments : la *créosote*, la *teinture d'iode*, le *menthol*, l'*acide phénique*. Ces substances calment très souvent les vomissements. L'action anti-émétisante de la créosote a été particulièrement mise en relief par Jaccoud. On donne au début du repas, dans de l'eau, VI ou VIII gouttes de la mixture :

Créosote pure de hêtre................. 4 gr.
Alcool rectifié....................... 10 »

Dissolvez.

Le menthol se prescrit de la même façon en solution un peu plus concentrée :

| | |
|---|---|
| Menthol | 5 gr. |
| Alcool rectifié | 10 » |

Dissolvez.

Il réussit bien, mais provoque dans l'estomac une sensation de froid intense assez désagréable.

Les gouttes iodophéniques ci-après, indiquées par Marfan, sont beaucoup moins irritantes que ne semblerait l'indiquer leur composition :

| | |
|---|---|
| Alcool rectifié | āā 5 gr. |
| Teinture d'iode | |
| Acide phénique pur cristallisé en neige. | |

Mêlez. IV à V gouttes dans un peu d'eau, au commencement de chaque repas.

Dans l'action de ces divers médicaments semble intervenir, non seulement l'engourdissement de la muqueuse stomacale, mais une augmentation dans la sécrétion du suc gastrique, due à l'irritation réflexe. Daremberg a montré que l'on obtenait une action beaucoup plus sûre et beaucoup plus rapide en ajoutant à l'opium l'acide chlorhydrique comme dans la formule :

| | |
|---|---|
| Acide chlorhydrique | 1 gr. |
| Extrait thébaïque | 0 » 05 |
| Eau | 100 » |

Mêlez. Une cuillerée à soupe à la fin du repas dans le dernier verre de boisson.

Après ce dernier essai, il faudrait évidemment recourir aux narcotiques purs et ici les *gouttes blanches anglaises de morphine* sont à recommander :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de morphine | 0 gr. 10 |
| Eau de laurier-cerise | 5 » |

Dissolvez. V gouttes à la fin de chaque repas.

Comme emploi isolé, la morphine se montre très supérieure à la cocaïne; mais il y a quelquefois avantage à donner simultanément le narcotique et l'anesthésique.

| | |
|---|---|
| Eau distillée | 100 gr. |
| Chlorhydrate de morphine | 0 » 02 |
| — de cocaïne | 0 » 04 |

Dissolvez. Cette solution renferme un milligramme de morphine et 2 milligrammes de cocaïne par cuillerée à café.

CH. A.

**Traitement des hémorrhoïdes.**

(A. ROBIN.)

1° Diminuer fortement dans l'alimentation la quantité des aliments animaux (de la viande, en particulier), des aliments excitants, tels que : sauces, épices, moutarde, charcuterie, foie gras, rognons, foie de veau, ris de veau, gibier, fromages, salade, homards, écrevisses, langoustes, salaisons, truffes, champignons. Supprimer le vin, les boissons alcooliques, le champagne, le café. Le thé est permis, mais très léger.

2° Après chaque repas faire une petite promenade à pied de 20 à 30 minutes (sans aller jusqu'à la fatigue).

3° Entretenir soigneusement la régularité des fonctions intestinales, soit avec de petits lavements à l'eau tiède (bouillie), soit avec des laxatifs doux.

Toutes les fois qu'on sera allé à la garde-robe, laver soigneusement la région de l'anus avec un tampon d'ouate imbibé *d'eau de Goulard.*

En cas de *turgescence douloureuse :* applications locales d'eau chaude, d'eau de Goulard. Deux à trois fois par jour, injections rectales d'eau à 36° ou 40°.

Faire des onctions au pourtour de l'anus et dans l'anus même avec de *l'onguent populeum* ou avec :

| | |
|---|---|
| Onguent populeum................ | 30 gr. |
| Extrait de ratanhia................ | 2 » |
| Extrait thébaïque.................. | ââ 0 gr. 50 |
| Chlorhydrate de cocaïne........... | |

Mêlez, pour pommade.

Si la douleur ne se calme pas, employer une pommade à l'*orthoforme* de 1/10 à 1/30, mais souvent cette préparation est irritante et mal supportée.

La préparation suivante utilisée en onctions produit une insensibilisation locale très appréciée :

| | |
|---|---|
| Anesthésine | 3 gr. |
| Vaseline | ââ 15 gr. |
| Lanoline | |

*F. s. a.* une pommade.

Le *suintement anal* sera combattu par le repos, les bains, par des applications d'eau de Goulard, après avoir séché ou saupoudré avec :

| | |
|---|---|
| Poudre de talc | ââ 25 gr. |
| — d'oxyde de zinc | |

Mêlez.

S'il se produit des *hémorragies* minimes, les respecter; si elles deviennent plus abondantes, les combattre par des insufflations d'*antipyrine* ou des applications de la pommade d'Unna :

| | |
|---|---|
| Chrysarobine, | 0 gr. 80 |
| Iodoforme | 0 » 30 |
| Extrait de belladone | 0 » 60 |
| Vaseline | 15 » |

*F. s. a.* une pommade.

Contre les *hémorragies*, prendre deux fois par jour, le matin au réveil et le soir vers 5 heures, dans une petite tasse d'infusion de tilleul ou d'anis, XX gouttes de la mixture :

| | |
|---|---|
| Extrait fluide de marron d'Inde | ââ 10 gr. |
| Extrait fluide de viburnum prunifolium | |
| Extrait fluide d'hamamelis virginica | |
| — — d'hydrastis canadensis | |

*M. s. a.*

Si ces moyens ne suffisent pas pour arrêter le sang, administrer oncurremment à l'intérieur la potion :

| | |
|---|---|
| Chlorure de calcium | 4 gr. |
| Sirop d'opium | 30 » |
| Hydrolat de tilleul | 120 » |

A prendre par cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.

Ou encore l'élixir ci-après, riche en vaso-constricteurs :

| | | |
|---|---|---|
| Teinture d'hydrastis canadensis | } | |
| — de gossypium herbaceum | } | ââ 3 gr. |
| — de viburnum prunifolium | } | |
| — d'erodium cicutarium | } | |
| Elixir de Garus | | 100 » |

Une à quatre cuillerées à soupe par jour, avant les repas.

En cas d'hémorragie trop abondante, recourir à l'injection d'eau chaude.

Des pilules d'*extrait de capsicum annuum* à la dose de 0 gr. 20, prises deux à quatre par jour, pourront être utiles.

Des injections sous-cutanées d'ergotine, une potion à l'ergotine constituent des médications courantes :

| | |
|---|---|
| Ergotine Bonjean | 4 gr. |
| Acide tannique | 0 » 50 |
| Sirop de térébenthine | 30 » |
| Hydrolat de tilleul | 120 » |

*F. s. a.* potion.

Si rien ne fait, mettre des tampons de gaze trempés dans du sérum gélatiné.

Contre la *procidence hémorroïdaire*, réduction manuelle. Bain pour combattre la contraction pendant trois quarts d'heure et potion avec 2 grammes de *bromure de potassium*.

Contre *fissure vulgaire*, utiliser la *pommade au goudron* du Codex qu'on introduit avec le doigt dans l'anus et sur lequel on met tampon d'ouate et bandage en T.

*Pour ramener* hémorroïdes et hémorragies, employer des *suppositoires à l'aloès* ou au *tartre stibié* à la dose de 0 gr. 01 à 0 gr. 05 pour ce dernier, ou bien prendre en se couchant une à trois des pilules :

| | | |
|---|---|---|
| Aloès du Cap | | 2 gr. |
| Résine de jalap | } | |
| — de scammonée | } | ââ 1 gr. |
| Turbith *végétal* | } | |
| Extrait de belladone | } | ââ 0 gr. 15 |
| — de jusquiame | } | |
| Savon amygdalin | | Q. s. |

Pour 50 pilules.

Comme purgatif, si besoin est, 2 à 3 capsules d'*huile de ricin*, ou matin et soir un cachet contenant *poudre de rhubarbe* 0 gr. 50 et 0 gr. 05 de *calomel*.

CH. A.

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Thérapeutique médicale.

**Traitement de la scarlatine avec le sérum de Moser.** — D'après J. MOLTSCHANOFF (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, vol. 66, 1907) le sérum de Moser (sérum monovalent provenant de l'Institut bactériologique de Moscou) provoque, dans la plupart des cas où on l'emploie, un abaissement de température considérable qui est accompagné très souvent d'une amélioration remarquable de l'état général (symptômes nerveux, pouls, respiration). Cependant on ne pourrait prétendre que le sérum exerce une influence profonde sur le processus morbide total. L'action sur l'éruption locale serait faible ou plutôt nulle. Le sérum n'exerce aucune influence préventive ni curative sur les complications. Son emploi devrait être réservé seulement dans les cas où apparaissent des phénomènes d'intoxication.

**Traitement de la tuberculose du nez, du larynx et de l'œsophage par l'iode et le mercure.** — Après avoir traité avec succès quatre cas de tuberculose grave du nez et du larynx par des frictions mercurielles, K. GRÜNBERG (*Münch. med. Woch.*, 1907, nº 34) publie un cas de tuberculose avancée du pharynx et du larynx, confirmée par le diagnostic bactériologique.

Au début, l'administration à l'intérieur d'iodure de potassium eut pour résultat une amélioration suivie plus tard d'une aggravation de l'affection. C'est alors qu'on eut recours à des injections intra-musculaires de sublimé. Dès la quatrième injection, il se fit une amélioration sensible, qui progressa pendant une période de six semaines sans utre médication.

Après une nouvelle série d'injections, la guérison fut obtenue, la durée totale du traitement fut de quatre mois et demi.

Ces résultats, qui ne s'observent, du reste, que dans la tuberculose primaire de ces organes, montrent que les médicaments antisyphilitiques peuvent aussi agir efficacement sur d'autres processus pathologiques.

## Hygiène et toxicologie.

**Le fruitarisme et la physiologie alimentaire.** — COLLIÈRE dit que le régime exclusif des fruits suffit à fournir le chiffre de 2.600 calories nécessaires pour couvrir les dépenses d'énergie. Ce régime donne également la quantité d'albumine indispensable à l'entretien de l'organisme. L'auteur, en effet, prouve, à l'aide de tableaux, que le régime des fruits peut donner 110 grammes d'albumine, 60 grammes de graisse et 422 grammes d'hydrate de carbone. Ce fait n'a rien qui doive nous surprendre, puisque 1 kilogramme de fruits aqueux sucrés, tels qu'oranges, pommes, poires, etc., contient, suivant l'espèce du fruit, 2 gr. 5 à 9 gr. 4 d'albumine, 2 gr. 2 à 6 gr. 2 de graisses et 113 grammes à 252 grammes d'hydrates de carbone.

La composition chimique varie un peu suivant la nature des fruits (fruits à noyaux tels que pêches, prunes, cerises; baies, telles que groseille, raisin, etc.); mais les chiffres qu'on obtient sont toujours voisins de ceux que nous venons de citer.

Dans les fruits séchés, les tissus sont naturellement plus concentrés.

Enfin, les fruits farineux (châtaignes), ou oléagineux (olives, noix) sont très riches, les premiers en hydrates de carbone, les seconds en graisses, et ils fournissent donc un nombre considérable de calories.

M. Collière considère que le régime fruitarien est supérieur au régime végétarien proprement dit, à cause de la richesse des fruits en acides organiques (malates, tartrates, citrates, etc.). Les fruits acidulés, pris avant le repas, constitueraient même, aux yeux de l'auteur, un excellent apéritif.

L'eau elle-même, contenue dans les fruits, jouirait de propriétés particulières. Elle posséderait, de même que les eaux minérales prises à la source, une vitalité spéciale.

Ce régime doit donc être recommandé aux constipés, aux intoxiqués, aux neuro-arthritiques. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*)

**L'Héroïne et les Héroïnomanes.** — L'héroïne tend de plus en plus à se substituer à la morphine, au point qu'il y a presque autant d'héroïnomanes actuellement que de morphinomanes. Ceci est un peu la faute des médecins qui ont employé l'héroïne pour faire dormir et pour calmer les douleurs à la place de la morphine, en prétendant qu'elle était moins dangereuse que cette dernière.

Or, il n'en est rien. Le Dr Paul Duhem vient de montrer dans le *Progrès Médical*, que l'action de l'héroïne sur les centres respiratoires de la moelle épinière la rend particulièrement dangereuse. On s'y accoutume plus vite qu'à la morphine et lorsqu'on est accoutumée à ce médicament le sevrage en est plein de périls.

En effet, un des dangers du traitement de l'héroïnomanie, c'est que, quand on la supprime, il survient des syncopes graves qui se produisent d'une manière tout à fait insidieuse et que ne conjure pas une injection d'héroïne, tandis que lorsque des syncopes de ce genre surviennent chez des morphinomanes, il suffit d'une injection de morphine pour les faire disparaître.

D'autre part, il est instructif de comparer les deux observations que M. Paul Duhem communique et qui portent sur un même malade soigné à dix mois d'intervalle, d'abord pour héroïnomanie, puis pour morphinomanie ; dans le premier cas, il ne put récupérer en un mois le poids de son entrée, alors qu'en second lieu il acquit en trois semaines un excédent de 6 kg. 500 et se trouva parfaitement guéri.

En résumé, l'héroïne est, pour M. Duhem, absolument condamnée et doit être sévèrement proscrite de toute thérapeutique.

# FORMULAIRE

## Acné.

| | |
|---|---|
| Soufre précipité | 6 gr. |
| Talc pulvérisé | 2 » |
| Glycérine | 60 » |
| Eau de roses | 120 » |
| Teinture de quillaya | 10 » |

(GAUCHER.)

## Contre les piqûres de moustiques.

| | |
|---|---|
| Formol (sol. 40 p. 100) | 15 gr. |
| Xylol | 5 » |
| Acétone | 1 » |
| Baume du Canada | 1 » |

Essence parfum (quantité suffisante pour parfumer).

(JOLY.)

## Injection vaginale contre le cancer utérin.

| | |
|---|---|
| Eau bouillante | 1 litre |
| Essence de térébenthine | 15 gr. |
| Magnésie calcinée | 15 » |

Laisser refroidir jusqu'à 35°.

(DELETTREZ.)

*Le Gérant :* O. DOIN.

Imp. LEVÉ, 17, rue Cassette. — Paris-6°

# CHRONIQUE

## Les parfums, médicaments et poisons.

Il est une bien gracieuse légende qui, sous son voile de fiction, cache peut-être un sens mystérieux et profond. Ceux qui contestent la vertu curative des parfums et des odeurs en discuteront l'authenticité ; c'est le sort des légendes d'être discutées. Gardons-nous, pour notre part, de les dédaigner ; elles ont toujours leur charme et souvent leur bonne part de réalité.

Celle que nous allons conter pourrait s'intituler : *Une cure de Vénus*, ou *Une guérison par les roses.*

Myrto, vierge ingénue, aux cheveux blonds, aux yeux limpides et aux lèvres vermeilles, née de parents qui moulaient la terre, pour en former des statuettes, ne pouvait, dans sa pauvreté, déposer sur l'autel de Vénus que de simples guirlandes ; mais c'était chaque jour des fleurs nouvelles : tantôt des couronnes de roses au calice embaumé ; tantôt un frais bouquet de modestes violettes ; parfois aussi, une branche de myrte cher à la déesse.

Une tumeur qui lui vint au menton faillit détruire à jamais sa ravissante beauté ; mais elle vit en songe une colombe qui lui dit : « Ne pleure pas. Prends des roses offertes à Vénus, applique-les sur la tumeur, et tu guériras, car la déesse te favorise. »

Myrto obéit, et sa tumeur disparut. Protégée par sa puissante patronne, la pauvre fille du mouleur s'assit plus tard sur le trône persan, à côté de Cyrus (1).

Ne nous embarrassons pas de vaines explications, et,

(1) Rimmel, *Le Livre des Parfums*, p. 118.

sans nier la toute-puissance de Vénus, constatons que le parfum des fleurs a une influence sur l'organisme, dont les anciens médecins ont donné, du reste, maints exemples.

Certes, la parfumerie n'est plus, comme jadis, une branche des sciences médicales; il est pourtant des circonstances où l'on aurait avantage à remettre les parfums en honneur, comme ils le furent en Grèce et à Rome.

Les Grecs ont fait, comme on sait, un usage continuel des parfums dans leur vie domestique. Ils ne se contentaient pas d'offrir des essences parfumées à leurs dieux et aux morts qu'ils voulaient honorer; ils avaient découvert, dans l'emploi des parfums, de nouvelles sensations.

Ils n'auraient manqué de se couronner de roses pendant les repas, ou de mettre leurs vêtements dans des coffrets parfumés; les mets et les vins eux-mêmes étaient imprégnés de senteurs diverses : on buvait du vin à la rose, à la violette, etc. Dans les salles de festin, des cassolettes dégageaient dans l'air de subtiles émanations; tous les convives s'imbibaient d'essences odoriférantes.

« Chaque partie du corps avait son parfum particulier : la menthe était recommandée pour les bras; l'huile de palmier, pour les joues et la poitrine; dans les sourcils, dans les cheveux, on mettait une pommade faite avec de la marjolaine; pour les genoux et le cou, on employait l'essence de lierre terrestre... le coing fournissait une essence utile dans la léthargie et la dyspepsie; le parfum extrait des feuilles de vigne entretenait la lucidité de l'esprit et celui des violettes blanches était favorable à la digestion (1). »

L'huile dont se servaient les lutteurs, aux Jeux Olympiques, était également parfumée. Les *iatroliptes* préconisaient l'usage des onguents parfumés, pour obtenir à la

(1) Piesse, *Des odeurs et des parfums.*

fois la force et la beauté. PRODICUS, natif de Sélymbria et disciple d'Esculape, fut, au dire de Pline, l'inventeur de l'*iatroliptique*. Ayant observé que les athlètes, qui s'oignaient le corps pour donner moins de prise à leurs adversaires, étaient aussi remarquables pour la grâce de leurs formes que pour leur robuste santé, il en conclut que ces onctions pouvaient, tout autant que leur genre de vie, contribuer à ce résultat. Il se mit donc à traiter les maladies par les frictions huileuses, qu'il aromatisa, pour les rendre à la fois plus agréables et plus salutaires (1).

Dès ce jour, les parfums avaient fait leur entrée dans la matière médicale.

CRITON, un médecin qui exerçait son art avant Galien, avait, au dire d'AÉTIUS (2), placé les odeurs au nombre des médicaments. Il n'y avait guère de maladies où il ne trouvât leur application. Quant aux fumigations, dont nous n'usons presque plus, que de vertus on leur reconnaissait, dès l'époque où vivait Pline! Le crédule naturaliste mentionne un nombre considérable de fumigations ayant d'extraordinaires propriétés sur l'organisme.

La *fumée du sabot d'âne* active l'accouchement et fait même sortir les avortons. La *fumée de bouse de taureau* empêche la chute de la matrice et facilite l'accouchement.

On regarde comme très utiles à la matrice les fumigations faites avec la corne de chèvre et le poil de chameau.

Les sauterelles, employées en fumigations, guérissent la strangurie, surtout chez les femmes. La fumigation faite avec une couleuvre desséchée est emménagogue (3).

---

(1) RIMMEL, *Le livre des Parfums*, p. 120.

(2) *Tetrabiblion*, t. II, serm. 4, cap. VII (*Bulletin de Pharmacie*, t. IV, p. 195).

(3) SANTINI DE RIOLS, *Les Parfums magiques*, p. 121.

Les fumigations qu'on fait encore, de nos jours, avec des plantes aromatiques, telles que du genièvre, lors des grandes épidémies (nous avons eu un exemple sous nos yeux en 1870, à l'occasion d'une épidémie de variole noire), ces fumigations peuvent se réclamer d'une antiquité respectable. Hippocrate chassa la peste d'Athènes au moyen de fumigations de plantes aromatiques, après que tous les autres remèdes avaient échoué. Il avait fait suspendre des [illegible] odorantes dans toutes les maisons, brûler toutes sortes d'aromates dans les rues populeuses et était parvenu ainsi à éloigner le redoutable fléau.

On a fait, depuis lors, cette constatation curieuse qu'au moment des épidémies de choléra, à Londres et à Paris, aucun ouvrier parfumeur n'a été atteint par le fléau.

Il fut un temps où les *pommes d'ambre* passaient pour être d'excellents préservatifs contre la peste, qui faisait alors de fréquents ravages en Europe; on prit l'habitude de les porter avec soi, en les respirant de temps à autre ; beaucoup de portraits de l'époque représentent des personnes tenant cette pomme à la main. Si quelque lecteur est curieux de connaître la composition de ces « pommes d'ambre », la voici telle qu'elle a été transcrite d'après un auteur contemporain (1) :

Prenez du terreau fin, nettoyé et trempé, pendant sept jours, dans de l'eau de rose, puis du labdanum, du benjoin, des deux storax, de l'ambre, de la civette et du musc; incorporez-les ensemble et faites-en des boules; et avec cela, ajoute le caustique écrivain, si vous n'avez pas l'haleine trop forte, vous sentirez aussi bon que le petit chien d'une dame.

La fumée de l'ambre a été longtemps regardée comme propre à prévenir les accès d'épilepsie (2). Il en est (3)

(1) Rimmel, *loc. cit.*
(2) Wecker, *Antidotarium*, p. 82.
(3) Sylvaticus, cité par Cloquet, *Oosphrésiologie.*

même qui ont conseillé d'en fumiger la cavité vaginale, pour calmer ce qu'on appelait la *suffocation de la matrice*. Le Père de la médecine avait déjà proposé, pour pareille affection, de diriger dans le vagin, à l'aide d'un entonnoir, la vapeur du cinnamome, de la myrrhe, et autres plantes aromatiques, moyen qu'il croyait également propre à démontrer la cause de la stérilité (1).

C'est encore Hippocrate qui conseillait, dans l'hystérie, de faire brûler, sous le nez des malades, des substances fétides, comme du castoréum, de la laine, des plumes d'oiseaux, tandis que, simultanément, on enduisait la vulve avec des huiles ou des parfums liquides, de la meilleure odeur (2). Plus tard, quelques auteurs (3) ont recommandé l'introduction, dans la cavité vaginale, de vapeurs de pétrole, versé sur une pierre échauffée au feu; tandis que d'autres, dans les mêmes cas, prescrivaient, de préférence, les pessaires de storax calamite, d'ambre et de musc (4).

***

De tout temps, pourrait-on dire, on a reconnu les propriétés aphrodisiaques du musc, dont l'odeur est agréable à l'utérus, disaient les anciens auteurs de Pharmacopées. Dans le livre de théologie musulmane connu sous le titre d'*El Ktab* (5), le musc est préconisé comme « parfum coïtant pour la chambre » ; et la puissance de son action est résumée dans cette simple phrase : « c'est le plus coïtant de tous les parfums ».

(1) *Aphorism.*, 59, sect. 5.

(2) *De morbis mulierum*, lib. I, et *De nat. mulieb.*

(3) Mich. ETMULLER, *Œuvres complètes*, t. II, Lugd., 1590, in-f°, p. 462, etc.

(4) CONRAD GESNER, *De quadruped.*, p. 719.

(5) Cf. L. BOUCHACOURT, *De l'utilisation naturelle de la partie extra-embryonnaire de l'œuf*, t. I, p. 4.

Les Chinois (1) ont été probablement les premiers à connaître et à apprécier le musc, que fournissent en abondance les provinces montagneuses du Mohang Mang et du Mohang Vinan. Non seulement ils en aiment passionnément l'odeur, mais ils lui attribuent une foule de propriétés thérapeutiques, et l'emploient même, ce qui surprendra fort nos aimables Parisiennes, pour guérir les maux de tête !

Un de leurs plus célèbres médecins, PAO-PO-TSÉ, le donne comme un préservatif certain, contre la morsure des serpents. Il prétend que, lorsqu'on voyage dans les montagnes, il faut porter une petite boule de musc sous l'ongle de l'orteil, car le chevrotain musqué se nourrissant de reptiles, cette odeur suffit pour les éloigner (2).

Outre le musc, on connaît un certain nombre de plantes odorantes qui paraissent avoir une action élective sur les organes sexuels. Ainsi la *vulvaire* broyée attire les chiens « en chasse » et les fait uriner; les odeurs de la *cataire*, du *marum*, de la *valériane* et surtout des racines de ces plantes, opèrent sur les chats d'une manière toute particulière.

OLINA (3) a remarqué que les odeurs d'ambre et de musc excitaient les serins et autres oiseaux de volière à chanter en tout temps et leur chant est un appel d'amour.

On a pareillement observé que si les parfums agréables

(1) Les Chinois, dont le sensualisme est si raffiné, écrit CLAYE (*Les talismans de la beauté*), font une grande consommation de parfums, auxquels ils accordent une large place dans leur culte, leurs usages domestiques et leurs plaisirs; ils brûlent des bois et des résines odorantes devant leurs autels et les mêlent aux mets; ce sont surtout les aphrodisiaques qui sont recherchés, et on assure qu'ils savent préparer certaines boules odorantes, formées d'ambre, de musc, de fleurs de chanvre, mêlées à l'opium et à d'autres substances plus énergiques; quelque temps échauffées et roulées dans les mains, elles jettent dans un voluptueux spasme les beautés aux petits pieds qui peuplent le Céleste Empire. »

(2) RIMMEL, *Le Livre des Parfums*, p. 244.

(3) *Degli Uccelli*.

sont aphrodisiaques, les odeurs fétides, par contre, diminuent l'excitabilité nerveuse. On a fait cette autre remarque que des herbes puantes, comme l'*herbe Saint-Christophe* (*actæa spicata*, L.), les *cotula* et *stachys fœtida*, L., attirent les crapauds. La plupart des animaux qui puent eux-mêmes recherchent des puanteurs analogues aux leurs, surtout à l'époque du rut, temps où tous les animaux répandent le plus d'odeur; de même, les plantes, pour la plupart, n'exhalent leurs parfums les plus délicieux qu'au temps de leur floraison et par leurs fleurs principalement, comme les animaux portent aux organes sexuels leurs glandes odoriférantes. Il semble donc que le développement des odeurs, chez les corps organisés, ait lieu surtout par l'acte de la fécondation, et dans les parties mêmes qui y concourent; tellement qu'après cet acte, la plante défleurie, l'animal qui a mis bas, n'ont plus les mêmes odeurs (1).

On pourrait développer plus longuement les rapports qui existent entre les odeurs exhalées par les animaux ou les plantes et les fonctions génésiques: cette relation intime des odeurs et de l'olfaction avec le sens génital est aussi manifeste chez l'homme. Nous y avons ailleurs (2) fait allusion, il serait superflu d'y revenir.

Mais reprenons la voie où nous nous sommes primitivement engagé et retournons à l'étude de l'usage médical des odeurs et des parfums.

« Les médecins, dit Montaigne, pourraient tirer des odeurs plus d'usage qu'ils ne font, car j'ai souvent aperçu qu'elles me changent et agissent en mes esprits, suivant qu'elles sont... » Les odeurs ont, en effet, suivant les circonstances, des effets tantôt salutaires, tantôt nuisibles.

---

(1) *Bulletin de Pharmacie*, t. IV, pp. 207 et 215.

(2) Cf. nos *Curiosités de la médecine*. Maloine, éditeur.

[illegible] les émanations odorantes qui s'échappent du corps des animaux jeunes et vigoureux sont très salutaires. On a souvent, dit il, employé avec succès comme [illegible] des étables qui renferment des vaches ou des [illegible] proprement: c'est surtout pour les vieillards [illegible] malades épuisés par les plaisirs de [illegible] de vivre dans une atmosphère [illegible] Pour réchauffer le prophète- [illegible] son grand âge, ses [illegible] la jeune et belle Suna- [illegible] devait alors passer pour un pro- [illegible] Les livres canoniques auraient- [illegible] le scandale des glaces de la vieil- [illegible] de l'amour?

[illegible] conserva l'héritier d'une grande maison d'Italie, [illegible] marasme, en le faisant coucher entre deux [illegible] fortes. FORESTUS rapporte qu'un jeune Bolo- [illegible] tiré du même état, en passant les jours et les [illegible] auprès d'une nourrice de vingt ans; et BOERHAAVE [illegible] à ses disciples avoir vu un prince allemand guérir de la même manière.

Que de pareils effets soient tous imputables à l'odorat, nous ne le saurions prétendre; mais il est d'autres observations qui sont plus démonstratives.

Dans son *Conciliator*, Pierre d'APONO conseille aux vieillards moribonds de soutenir leur existence en respirant un mélange de safran et de castoréum dans du vin.

Les voyageurs qui ont visité les Indes Orientales en ont rapporté que lorsque le *mango* est mûr, tels sujets dont la santé est ou affaiblie ou altérée, se trouvent bientôt rétablis

---

(1) *Livre des Rois*, t. III (Cf. *Hermippus redivivus*, t. I, p. 108; Bruxelles, 1789).

par de fréquentes promenades sous l'ombrage de cette espèce d'arbre.

Il est également attesté, par plus d'un témoignage, que nombre de personnes en Angleterre, attaquées de la consomption, ont recouvré la santé, en se promenant, soit à pied, soit à cheval, dans les plaines où se recueille le safran; et l'on a même remarqué, dans tous les pays, que l'odeur de la terre fraîchement remuée a produit, en pareil cas, de très bons effets (1).

Dans d'autres contrées, où existaient beaucoup de girofliers, il a suffi qu'on abatte des arbustes, pour que l'air y devienne des plus malsains.

Personne n'ignore l'effet bienfaisant de l'odeur résineuse des pins et des sapins sur les personnes aux poumons affaiblis. Les résines odorantes des conifères et des térébinthacées (encens, bdellium, myrrhe, galipot, etc.) entrent dans la composition d'un grand nombre de pommades et d'onguents, employés pour leurs propriétés maturatives et résolutives. La matière médicale a utilisé plus qu'elle n'utilise aujourd'hui les gommes-résines des ombellifères (æsafetida, galbanum, sagapenum, gomme ammoniaque).

Les baumes de tolu, du Pérou, de la Mecque, le benjoin, sont, en même temps que d'agréables parfums, d'excellents expectorants. Parmi les antispasmodiques, le musc, le castoréum, l'ambre, la civette occupent une place importante dans nos formulaires.

On a mis à profit la puissance de volatilisation des parfums sous l'influence de la chaleur : c'est le principe des

---

(1) « On prétend, écrit Cloquet, que les Hollandais, ayant par spéculation détruit tous les girofliers de l'île de Termate, la colonie fut ravagée par plusieurs maladies épidémiques qu'on n'y avait pas observées jusqu'alors; les effluves odorantes de ces arbres avaient neutralisé, dit-on, les effets nuisibles d'un volcan auquel on attribuait la cause de ces maladies. »

[illegible] sur les charbons
[illegible] le conseil de l'ange
[illegible] l'esprit malin
[illegible] Sara. Par suite, ce
[illegible] aux sortilèges (2).

* *

[illegible] sorciers, les devins et les enchan-
[illegible] onguents, réputés magiques,
[illegible] dans l'ignorance des substances
[illegible] composition. Les célèbres empoi-
[illegible] grand usage des parfums. **Médée**, très
[illegible] connaissance, avait reconnu les bons effets
[illegible] vapeurs aromatiques : c'était là ce qui consti-
[illegible] clair de son pouvoir de magicienne (3). Nous
[illegible] expliqué comment les gants parfumés, les bagues, les
[illegible] enflammées ont pu, en maintes circonstances, servir
[illegible] manœuvres criminelles. C'était, selon toute appa-
rence, un poison subtil dont les émanations tuaient par
simple inspiration (4).

Notre érudit et laborieux confrère Emile **Gilbert** a révélé la composition de recettes employées par nos modernes

1. *Étude critique des odeurs et des parfums*, par Etienne Tardif [illegible]

sorciers; ils ont simplement recours à des substances parfumées.

L'antiquité avait signalé l'action de divers parfums sur l'économie des fauves ou sur celles d'autres animaux, d'une observation moins dangereuse : ainsi l'éléphant est charmé par l'odeur de fleurs aux suaves parfums; les chèvres du Caucase suivent la main qui leur présente le *cinnammum*; de même, dans nos campagnes, nos modernes enchanteurs emploient le *marum* ou la *cataire*, pour attirer les chats; ils s'enduisent les mains d'*essence d'anis* ou de *carvi*, pour faire sortir les rats de leur trou et les contraindre à se livrer au piège qui les attend. Enfin, ils conseillent l'emploi d'une résine — le galbanum — dont il suffit aux chasseurs de frotter la semelle de leurs bottes pour voir les lièvres courir après eux! Ainsi, dit notre confrère (1), se trouve expliquée la légende des *meneux de loups*, la terreur de bien des esprits campagnards.

Le *meneux de loups* n'a pas toujours auprès de lui la bienveillante fée Mélusine pour lui assurer le cortège de ses redoutables animaux. Le rusé compère sait la remplacer. « Comptant bien opérer sans témoins trop proches, il se fait suivre par des chiens, dont il empêche les aboiements en les menaçant d'un gourdin respectable. Quand le pâtre attardé ou le passant, regagnant leur domicile, l'aperçoivent dans les landes qu'éclaire la pleine lune, ils se hâtent de prendre et de choisir le chemin opposé, redoutant cette sinistre rencontre. Ils craignent les loups qui ne sont, pour la plupart, que des chiens des fermes voisines suivant le *meneux*. Ce dernier a eu, préalablement, le soin d'enduire ses chaussures d'une odeur qui frappe les sens des chiens et qui n'est,

(1) Emile GILBERT, *Sorciers et Magiciens*. Moulins, 1898.

**généralement, qu'une drogue rappelant l'odeur de l'urine des chiennes.... »**

**Ainsi se trouvent dévoilés les *trucs* de ces faiseurs de prodiges, de ces magiciens et sorciers, les derniers survivanciers des antiques traditions.**

**Dr Cabanès.**

---

# LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## QUINZIÈME LEÇON

**Traitement d'un cas de pleurésie séro-fibrineuse aiguë gauche à grand épanchement et avec déplacement du cœur, survenue chez un surmené,**

par le professeur Albert Robin,
de l'Académie de médecine.

### I

Parmi les critiques que l'on adresse de toutes parts à l'enseignement médical officiel et à celui donné dans les hôpitaux, il en est une qui figure dans la plupart des programmes de revendication, c'est que cet enseignement n'est pas suffisamment pratique. On dit, non sans quelques raisons, que les maîtres insistent trop sur les affections rares dont l'étude peut servir à leurs propres travaux, et négligent parfois les maladies courantes dont est faite la pratique médicale de tous les jours. Et c'est pour répondre à ces critiques que je m'intéresse toujours à vous indiquer la manière de traiter ces maladies soi-disant banales et laisse délibérément de côté toute la thérapeutique d'exception. Mais, dira-t-on, pour ces maladies communes, le traitement

est si connu et si bien décrit dans les livres classiques qu'il est presque inutile d'y insister davantage, et même pour celles-ci, ne convient-il pas, au contraire, de s'attacher plutôt à préciser ce traitement dans les cas qui sortent de la règle? Tel n'est pas mon avis. Les cas d'apparence les plus simples offrent toujours quelque particularité personnelle qui les distingue; et la clinique thérapeutique consiste justement à savoir comment ces particularités sont susceptibles d'influencer le traitement.

C'est dans cet esprit que je vais vous entretenir du traitement d'un cas de pleurésie séreuse vulgaire chez un employé du gaz, âgé de vingt-cinq ans, qui occupe le n° 10 de la salle Louis. Cet homme qui n'a aucun antécédent morbide héréditaire ou personnel était soumis, depuis plusieurs mois, au pénible travail de l'approvisionnement des chantiers. De par cette occupation, il était exposé à de continuels refroidissements. Vers la fin de septembre, il se sentit très affaibli, perdit l'appétit, se mit à tousser pendant la nuit, et à éprouver de petits frissonnements. Ces symptômes l'obligèrent à quitter son travail et il consulta un médecin qui conclut à une tuberculose pulmonaire au début et ordonna l'huile de foie de morue, le repos et la suralimentation. Mais son état ne fit que s'aggraver, la dyspnée devint très vive, la fièvre s'alluma, les forces déclinèrent encore. Il se décida à entrer à l'hôpital, le 17 octobre.

Son état nous apparaît comme des plus inquiétants. Cet homme qui était apparemment à la fin du troisième septénaire de sa maladie, très amaigri, très déprimé, avec un teint blafard, avait une dyspnée de 40 respirations par minute, une température matinale de 38°1, un pouls petit, filiforme à 100. Il toussait incessamment, d'une toux brève

et sèche que le moindre mouvement exaspérait sous forme de quintes angoissantes.

Il n'accusait aucun point de côté et ne se plaignait que de sa toux, de la difficulté qu'il éprouvait à respirer, de son absence totale d'appétit, et d'un malaise général. La quantité d'urine n'atteignait que 300 cc.

Nous découvrons, en l'examinant, une vaste pleurésie occupant tout le côté gauche de la poitrine qui est le siège d'une voussure très accentuée. On constatait une matité absolue, tant en avant, au-dessous de la clavicule et dans l'espace de Traube qu'en arrière dans toute la hauteur du poumon. Dans toute cette étendue, silence respiratoire, et vers la colonne vertébrale, dans le lointain, on entendait un souffle légèrement amphorique. Il n'y avait pas d'égophonie, mais une pectoriloquie aphone parfaitement nette.

Il n'était pas possible qu'une pleurésie gauche de cette importance ne déviât pas le cœur, dont la pointe battait à 3 centimètres au-dessus de l'appendice xiphoïde, sous le bord droit du sternum.

Nous portons donc le *diagnostic* de pleurésie gauche à grand épanchement, à la fin du troisième septénaire de son évolution, refoulant fortement le cœur à droite et survenue chez un individu surmené.

## II

Restait à déterminer la nature de cette pleurésie.

Jadis on admettait que la pleurésie aiguë séro-fibrineuse pouvait reconnaître, entre autres causes, l'action du froid, le rhumatisme, etc. Aujourd'hui, les temps sont changés, et l'un de nos élèves fut vertement tancé à un examen de la Faculté, pour avoir soutenu cette ancienne étiologie, car il est classiquement enseigné comme un dogme que toute

pleurésie, même d'apparence la plus franche, est forcément tuberculeuse.

Certainement, la pleurésie aiguë est souvent d'origine tuberculeuse. Elle l'est indiscutablement quand elle coïncide avec des lésions pulmonaires de cette nature. Elle l'est fréquemment aussi, quand elle survient chez des héréditaires, chez des tousseurs de vieille date, chez des individus déjà suspects de tuberculose, ou qui sont atteints d'adénopathie trachéo-bronchique, d'adénite cervicale, ou encore chez des surmenés, comme dans notre cas. Chez les sujets de ces diverses catégories, la pleurésie a des allures un peu spéciales. Elle s'accompagne d'une réaction thermique plus forte et plus durable. A un certain moment, la température s'abaisse, mais elle remonte bientôt, avec des oscillations assez étendues, et il n'est pas rare de voir se développer, à la suite, une phtisie à marche plus ou moins rapide.

Il y a nombre de pleurésies aiguës qui constituent la première manifestation active de la tuberculose et qui sont suivies, à échéance variable, de phtisie pulmonaire; rien n'est plus exact, mais ce que j'affirme, c'est que toutes les pleurésies aiguës ne sont pas fatalement tuberculeuses.

Discutons les preuves que l'on a données pour étayer cette affirmation :

1° On a trouvé à l'autopsie d'individus vigoureux atteints de pleurésies paraissant simples, des lésions tuberculeuses latentes : mais cette constitution anatomique est loin d'être la règle, je dirai même qu'elle est l'exception et qu'on peut opposer à ces cas des autopsies plus nombreuses, sans lésion tuberculeuse manifeste.

2° On fait remarquer qu'un grand nombre d'anciens pleurétiques sont devenus tuberculeux, par la suite, et que la guérison même complète de la pleurésie aiguë n'implique

pas qu'elle ne fût pas tuberculeuse, car dans certaines de [illegible] pleurésies, la tuberculose a une tendance à évoluer vers la [illegible] fibreuse, et présente moins d'aptitude à [illegible]

[illegible] argument capital que l'inoculation [illegible] liquide de toute pleurésie, [illegible] et enfin que la réaction [illegible] chez tous les pleurétiques.

[illegible] d'abord le résultat de mon [illegible]. Abstraction faite des pleurésies [illegible] tuberculeuses, je déclare que 20 p. 100 [illegible] atteints de pleurésies diagnostiquées [illegible] suivis pendant des années après leur [illegible] devenus tuberculeux, d'où cette conclusion [illegible] pleurésies aiguës franches ne sont cliniquement [illegible] que dans un cas sur cinq.

[illegible] maintenant le résultat des inoculations au [illegible] de liquides pleurétiques. Ces inoculations ne sont [illegible] que dans 40 p. 100 des cas, et encore à la condition d'inoculer de grandes quantités de liquide. Cette preuve soi-disant décisive de la nature bacillaire de toutes les pleurésies démontre donc, au contraire, que 60 p. 100 des pleurésies dites simples ne sont pas tuberculeuses.

L'examen des échanges respiratoires permet de diviser les pleurésies aiguës simples en deux catégories. Dans la première, ces échanges sont augmentés par kilogramme de poids et par minute; dans la seconde, ils sont normaux ou légèrement diminués. L'observation m'a montré que la première modalité est plutôt en rapport avec la nature tuberculeuse de la pleurésie, et la seconde avec la pleurésie simple.

Enfin, le professeur Trasbot n'a-t-il pas démontré l'exis-

tence de la pleurésie simple, *a frigore*, chez le cheval, le mouton et le chien.

Ne souscrivez donc pas aux exagérations systématiques de ceux qui veulent ériger en doctrine la petite spéculation de leur esprit; ne vous laissez pas impressionner en clinique par l'argument du laboratoire. Surveillez et soignez longtemps tous les individus qui ont eu des pleurésies simples, puisqu'il est prouvé qu'un cinquième de ceux-ci est exposé à la bacillose, mais ne déclarez pas d'emblée la fatalité de cette évolution et ne portez pas, dans la famille, à propos de chaque cas de pleurésie, un trouble quelquefois irréparable, comme ce médecin qui déclarant tuberculeuse une pleurésie simple — ce qui fut démenti par l'événement — fit rompre un mariage décidé et ruina pour jamais les espérances et la vie d'une jeune fille qui, douze ans après ce cruel pronostic, jouit encore de la plus parfaite santé.

III

Or, chez notre malade, il y avait quelques raisons de craindre que la pleurésie fût tuberculeuse et pût devenir tuberculisante. L'insidiosité et la lenteur de son début, le fait du surmenage antérieur, l'amaigrissement, la déchéance de l'état général, étaient autant d'indices en faveur de ce diagnostic. Que devions-nous faire et quelles indications spéciales nous fournissait-il?

Aucune, en réalité, car je ne sache pas que la connaissance de l'étiologie d'une pleurésie, sauf le rhumatisme, puisse modifier en quoi que ce soit son traitement, à la période de son activité. Plus tard, c'est autre chose, car le seul soupçon de la nature tuberculeuse de l'affection doit imposer une large surveillance et des soins appropriés.

L'indication dominante dans tous les cas est fournie par

le fait même de l'épanchement qu'il faut faire résorber ou évacuer par la thoracentèse, tout en traitant personnellement les symptômes excessifs.

On a voulu faire de l'évacuation par la *thoracentèse* un procédé de traitement univoque de toutes les pleurésies aiguës, mais jamais les praticiens n'ont adopté cet absolutisme. Pour eux, il y a des cas où le thoracentèse est indiscutable, d'autres où elle est discutable et d'autres, enfin, où l'on doit s'en abstenir.

Elle est indiscutable quand l'épanchement, par son abondance et son siège, risque de compromettre la vie. C'était le cas de notre malade, avec cet énorme épanchement, ce refoulement du cœur, cette dyspnée angoissante, cet état général trop déprimé pour faire les frais d'une active et rapide résorption. Dans une telle pleurésie, l'hésitation n'est pas permise : il faut pratiquer de suite la thoracentèse, sous peine d'exposer le malade à une mort subite. Je me rappelle le fait d'un vieillard de la Maison de retraite des Ménages qui, porteur d'une grosse pleurésie gauche, refusa non seulement de se laisser ponctionner, mais même d'entrer à l'infirmerie, et qui mourut subitement devant nous quand, dans sa chambre, on le fit asseoir pour l'ausculter. Gros épanchement, grand déplacement du cœur dans la pleurésie gauche, abaissement notable du foie dans la pleurésie droite, voilà qui indique l'immédiate évacuation du liquide, et cela même chez les sujets qui ne présentent pas de dyspnée au repos. L'indication de la dyspnée est secondaire, celle de l'abondance de l'épanchement prime tout.

Il faut encore pratiquer la thoracentèse, sans qu'intervienne la notion du volume de l'épanchement, quand aux troisième et quatrième septénaires, celui-ci reste stationnaire, en dépit d'un traitement actif. Ce sont là les deux

seules indications qui ne causeront aucun déboire au praticien.

On ponctionne généralement dans le sixième espace intercostal; mais quand l'épanchement est aussi considérable que chez notre malade, il vaut mieux choisir le septième et même le huitième espace et faire la ponction, non sur la ligne axillaire, mais plus en arrière sur le prolongement de l'angle de l'omoplate. Comme appareil, le meilleur est le *siphon de Duguet* avec une aiguille fine qui expose moins que les divers aspirateurs, aux inconvénients de la décompression brusque du poumon.

On enseigne classiquement qu'il ne faut pas retirer plus d'un litre de liquide, afin d'éviter les accidents auxquels exposerait une évacuation plus copieuse. Cette règle est inexacte : c'est la rapidité avec laquelle on vide l'épanchement qui est la cause de la plupart de ces accidents, tels que l'œdème aigu du poumon, l'expectoration albumineuse, la syncope, etc., et non la quantité du liquide extrait. Retirez donc autant de liquide que vous pourrez, pourvu que vous le retiriez *très lentement*. Suspendez l'écoulement, quelle qu'ait été la quantité évacuée, si la malade se met à tousser, s'il éprouve une sensation pénible quelconque (douleur, déchirure, distension, etc.) dans la poitrine, si sa respiration s'accélère, ou encore s'il pâlit brusquement et se couvre de sueurs.

Ainsi pratiquée, la thoracentèse n'est passible d'aucun accident. Ceux dont je parlais tout à l'heure sont dus à une faute opératoire, à l'évacuation trop brusque de liquide épanché. On a signalé des cas d'embolie, mais alors, c'est la maladie elle-même qu'il faut incriminer. Quant à la transformation purulente de l'épanchement, on l'évitera à coup sûr, si l'on opère dans des conditions de rigoureuse asepsie.

On a proposé de faire dans la plèvre, après le thoracentèse, une *injection d'air stérilisé*, pensant ainsi abréger la durée des pleurésies, surtout quand elles sont récidivantes. Cette pratique n'a pas répondu aux espoirs de ses promoteurs et n'a pas été adoptée. Cependant, au cas où des accidents dus à l'œdème pulmonaire commenceraient à se produire, au cours de la ponction, il est certain qu'on les arrête par l'injection intra-pleurale d'air stérilisé, ce qui permet de poursuivre la ponction. Mais, on n'aura jamais besoin d'avoir recours à ce moyen, si l'on opère avec des précautions suffisantes.

La première chose que nous fîmes donc fut de ponctionner notre malade. On retira, sans incident, deux litres de liquide séro-fibrineux.

IV

La thoracentèse ne résume pas en elle seule tout le traitement de la pleurésie, même quand son indication est absolue. Il faut lui adjoindre tout un traitement complet qui est applicable encore dans les cas où l'abondance de l'épanchement n'en nécessite pas la ponction, puisqu'il a pour but de favoriser la résorption de la collection liquide et de modérer l'inflammation de la plèvre et par suite de réduire l'exsudation.

Ce traitement, qui fut appliqué à notre malade, dès que la thoracentèse eut paré au danger le plus immédiat, comporte, d'abord, le *régime lacté absolu*, avec 2 litres de lait par jour. Proposé par Jaccoud, il n'a cessé d'être en faveur jusqu'au moment où les partisans de la théorie tuberculeuse ont imaginé de nourrir tous les pleurétiques d'une façon substantielle et de leur donner en outre 100 gr. de viande crue par jour. Mais le bon sens des praticiens a bien vite fait justice de ce dangereux régime et ils sont

revenus au régime lacté qui nourrit suffisamment le malade, n'introduit pas de toxines, et entretient une diurèse éliminatrice, c'est-à-dire une constante et régulière dérivation.

Puis, c'est l'emploi du *calomel* administré de façon telle qu'il soit à la fois purgatif et diurétique, c'est-à-dire doublement dérivateur. Pour cela, nous avons prescrit :

| | |
|---|---|
| Calomel à la vapeur................ | ââ 0 gr. 40 |
| Sucre de lait...................... | |

Divisez cette quantité en quatre paquets, à prendre successivement d'heure en heure.

Avec ce mode d'emploi, le calomel produit deux à trois selles assez abondantes, et cela sans diminuer la quantité des urines qui tend plutôt à augmenter. Je vous conseille de prescrire le calomel dès que vous êtes appelé auprès du malade et comme premier traitement. Chez notre malade, il fut prescrit le 19 octobre, au matin, soit dès le lendemain de la thoracentèse. On le renouvellera aussi souvent que le sujet présentera de la constipation, et si les garde-robes sont régulières, on s'abstiendra.

Le lendemain du jour où l'on a donné le calomel, on ordonne le *salicylate de soude,* à la dose de 2 grammes par jour, en quatre prises. Cet agent cholagogue, éliminateur des déchets azotés et analgésique. présentant de plus une affinité spéciale pour la séreuse pleurale, doit être continué régulièrement, et ne sera cessé que pendant les jours d'administration du calomel.

J'ai recommandé jadis le *jaborandi* dans le traitement de pleurésie aiguë (1). Aujourd'hui, il est bien abandonné, non qu'il n'ait pas donné de bons résultats, mais parce qu'il ne s'applique pas indistinctement à tous les cas. On le donne

(1) ALBERT ROBIN. Etude physiologique et thérapeutique sur le jaborandi. *Journal de thérapeutique de Gubler*, 1874-1875.

en infusion de 4 grammes dans 150 grammes d'eau bouillante.

Quand on sait bien le manier, il produit des résultats remarquables, mais il n'est pas dénué d'inconvénients. Il peut provoquer des vomissements, des congestions œdémateuses des glandes sous-maxillaires et même des troubles visuels passagers. Il est absolument contre-indiqué toutes les fois que les sujets sont très déprimés ou que le cœur est touché, même quand il est déplacé mécaniquement par un grand épanchement, comme chez notre malade.

Il doit être réservé aux individus vigoureux, atteints en pleine santé d'épanchement très aigus, avec fièvre, violente dyspnée et point de côté très douloureux. Employez-le encore quand l'épanchement dure depuis trois à quatre semaines et ne tend pas à se résorber, mais assurez-vous d'abord de l'intégrité du cœur. Il n'était donc pas question de s'en servir dans le cas actuel, mais j'ai tenu à vous l'indiquer, en raison des services qu'il est capable de rendre.

Dans les cas où l'on ne pratique pas la thoracentèse, j'applique d'emblée un *grand vésicatoire* sur le côté atteint. Notre malade ayant été ponctionné deux fois, je ne lui ai mis de vésicatoire que le lendemain de la seconde ponction.

Je sais bien qu'en agissant ainsi, je vais à l'encontre de tout l'enseignement contemporain qui charge le vésicatoire des pires méfaits, au point que des professeurs connus n'ont pas hésité à qualifier de faute lourde son emploi dans la pleurésie et dans la pneumonie. On l'accuse de déprimer le système nerveux, de congestionner les reins, en les enflammant même ainsi que la vessie, de restreindre la dépuration urinaire, de provoquer la fièvre ou de l'exaspérer quand elle existe, d'exposer le malade à toutes les complications

des plaies et surtout à l'érysipèle, d'occasionner des poussées de furoncles ou des anthrax, d'amener le sphacèle de la peau, d'ouvrir la porte aux infections secondaires, et l'on est allé jusqu'à le rendre responsable de cas de mort.

Malgré cet effrayant réquisitoire, n'hésitez jamais à vous en servir, car ceux qui ont prononcé la condamnation soi-disant sans appel du vésicatoire, ou bien ne savaient pas l'employer, ou bien parlaient en vertu de considérations dites rationnelles, mais qui n'avaient rien à voir avec la pratique. Et la preuve, c'est qu'en dépit des anathèmes, le plus grand nombre des praticiens lui sont restés fidèles.

Ce n'est pas ici le lieu d'argumenter contre les détracteurs du vésicatoire. Rappelez-vous seulement qu'il exalte la phagocytose, qu'il accroît la ventilation pulmonaire, la quantité d'oxygène consommé et d'acide carbonique produit, diminue la dyspnée, ralentit les battements du cœur, stimule le système nerveux et accroît légèrement la diurèse. Mais, pour obtenir ces effets et écarter les inconvénients de ce mode de révulsion, il est des règles formelles dont il ne faut jamais se départir.

Le vésicatoire aura 8 centimètres sur 10. Avant de l'appliquer, on le saupoudrera de *poudre de camphre* ou l'on répandra à sa surface un peu d'*éther camphré*. On appliquera sur la pâte cantharidienne une feuille de papier de soie graissée avéc de l'*huile d'amandes douces*. Après six à sept heures d'application, on soulèvera doucement l'un de ses bords : si la peau est rouge, on enlèvera le vésicatoire et l'on recouvrira la place qu'il occupait avec un cataplasme de farine de riz pas trop chaud. Si la peau n'est pas encore rouge, on regardera toutes les heures, de façon à enlever l'emplâtre dès que la rubéfaction sera produite. Après une heure d'application du cataplasme, les bulles de sérosité

sont formées. Le cataplasme a l'avantage d'éviter la douleur de la vésication, de favoriser la formation de bulles et d'entraîner les parcelles de pâte cantharidienne qui auraient pu se coller sur la peau. On crève ensuite chaque bulle avec des ciseaux stérilisés; on essuie le pourtour de la plaie avec de l'ouate hydrophile imbibé d'eau boriquée, et l'on panse deux fois par jour avec du papier brouillard enduit de vaseline boriquée.

Avec ces précautions, vous pouvez être tranquilles. J'ai appliqué des milliers de vésicatoires sans avoir eu jamais aucun accident, et malgré les dénigrements, je continue à le considérer comme un agent des plus utiles dans le traitement de la pleurésie.

Autant que possible, on ne l'appliquera pas dans le dos, car il gênerait le malade pour se coucher, mais bien dans la région axillaire ou même sur le devant de la poitrine, où il est plus abordable pour les pansements. Si ceux-ci fatiguaient le malade, on se bornerait à recouvrir la plaie, après l'avoir bien nettoyée et lavée, avec une couche d'ouate hydrophile qu'on laisse à demeure.

Deux ou quatre vésicatoires, au plus, suffisent pour traiter une pleurésie. Il sera bon d'en réserver un pour la période terminale quand l'épanchement est lent à se résorber.

On n'appliquera pas de vésicatoires aux malades qui présentent une susceptibilité exagérée de la peau, par exemple de la tendance aux érythèmes alimentaires ou médicamenteuses, ni à ceux qui ont de l'albumine dans les urines, ni aux sujets atteints de pyélite, de cystite, d'uréthrite ou d'hypertrophie de la prostate.

Sauf la dyspnée qui a cédé rapidement à la thoracentèse et à la diurèse accrue par le régime lacté, il n'y a pas eu chez notre malade de *symptômes dominants* à combattre.

Ceux que l'on rencontre le plus souvent et contre lesquels on doit être armé sont : la douleur du point de côté, la fièvre et la diminution de la quantité des urines.

La *douleur du point de côté* réclame l'injection hypodermique d'un demi à un centigramme de *chlorhydrate de morphine*

Contre la *fièvre trop élevée ou persistant trop longtemps*, donnez un cachet de *pyramidon* de 0 gr. 30, et dix minutes plus tard, un cachet de *bichlorhydrate de quinine* de 0 gr. 40 à 0 gr. 60, suivant l'intensité de la fièvre. Cette association a l'avantage de déterminer une abondante sudation dont benéficie la résorption de l'épanchement.

Contre l'*oligurie*, faire prendre, deux fois par jour, une tasse d'infusion de *fleurs de fèves de marais*, ou de *feuilles de mûrier* ou encore de *stigmates de maïs*, et donner, toutes les deux heures, une grande cuillerée de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Acétate de potasse.................... } | ââ 2 gr. |
| Nitrate de potasse.................... } | |
| Oxymel scillitique.................... | 30 » |
| Infusion de fleurs de genêt............ | 120 » |

*F. s. a.* Potion.

## V

Vous vous rappelez que notre malade a été mis de suite au régime lacté absolu, puis ponctionné le lendemain, soit le 18 octobre et qu'on a retiré deux litres de liquide. Le 19, on prescrivit le calomel qui amena quatre grandes évacuations. Le 20, on commença le salicylate de soude. La température était normale, la respiration à 28, le pouls à 80, mais le teint demeurait blafard, la faiblesse très grande, et l'épanchement s'était reformé aussi considérable qu'avant la ponction, avec le même grand déplacement du cœur.

Aussi, le 21 fîmes-nous une seconde ponction qui donna issue à 1.600 cc. de liquide semblable au précédent.

Le 22, la respiration est à 24, la matité s'arrête à trois travers de doigt au-dessus de l'épine de l'omoplate; on entend le murmure vésiculaire dans la fosse sus-épineuse et dans la région sous-claviculaire; la pointe du cœur bat sur le côté gauche du sternum. La quantité des urines de vingt-quatre heures atteint 1.200 cc. La toux est rare, sans quintes.

A partir de ce jour, l'état général s'améliore, la figure tend à se colorer, toute dyspnée disparaît, le pouls reprend plus de forces, la quantité d'urine atteint 1.500 cc., l'appétit renaît, le cœur revient peu à peu à sa place normale, mais l'épanchement reste stationnaire.

Le 29 octobre, la matité est toujours à trois travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate, avec abolition totale du murmure vésiculaire et souffle pleurétique type dans la moitié inférieure de la plèvre. Il semble même que le souffle soit moins perceptible que les jours précédents et que l'égophonie, constituée dès le 23 octobre, soit moins nette, comme si l'épanchement avait quelque tendance à s'accroître. D'ailleurs, plus de fièvre et pouls excellent. Nous fîmes appliquer un vésicatoire de 10 centimètres sur 10 centimètres, qui ne fut suivi d'aucun incident ni d'aucune réaction fébrile.

Le 6 novembre, comme l'épanchement ne paraissait avoir encore aucune tendance à la résolution, second vésicatoire de même dimension, aussi bien supporté que le premier.

Le 12 novembre, on constatait une diminution sensible de l'épanchement. Nous supprimons le salicylate de soude et autorisons la reprise graduelle de l'alimentation.

Le 24 novembre, on n'entend plus de souffle; on perçoit

le murmure vésiculaire encore affaibli avec des frottements dans les deux cinquièmes inférieurs de la poitrine et une submatité encore très sensible. L'épanchement liquide a disparu, mais il persiste encore à son niveau des pseudo-membranes ou tout au moins un épaississement de la plèvre.

L'état général du malade qui est excellent, l'absence de toute élévation de température vespérale, la rapide résorption de l'épanchement, l'augmentation du poids (2 kilogrammes le 1er décembre), nous rassurent en partie sur la nature tuberculeuse de cette pleurésie, et il ne nous reste plus qu'à hâter la résorption des résidus pseudo-membraneux.

Pour cela, nous prescrivons :

1° de prendre cinq minutes avant le premier déjeuner et le dîner, une grande cuillerée de la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Arséniate de soude | 0 | gr. 05 |
| Iodure de potassium | 5 | » |
| Eau distillée | 300 | » |

*F. s. a.* Solution.

2° De faire sur le côté gauche de la poitrine des fréquentes applications de *pointes de feu* extrêmement fines et très superficielles, destinées non à la révulsion, mais à activer simplement la vitalité des tissus sous-jacents et la circulation pleurale. Si, pour une raison quelconque, l'ignipuncture est impossible, la remplacer par des badigeonnages répétés avec la *teinture d'iode*, mais de façon à ne pas irriter la peau.

3° Comme, même non tuberculeuse, une pleurésie crée toujours une prédisposition à la tuberculose qui peut se réaliser plus facilement dans le milieu hospitalier, nous conseillerons à notre malade de quitter l'hôpital d'ici une dizaine de jours, et d'aller faire à la campagne — ce qui lui

est possible — une cure d'air, de repos et d'alimentation raisonnée, à laquelle on adjoindra 100 grammes de viande crue par jour.

A ce moment, pour parfaire la résorption des résidus pseudo-membraneux et assurer l'expansion normale du poumon qui a été comprimé pendant la pleurésie, nous lui conseillerons de faire de la *gymnastique respiratoire* dont on lui apprend la technique. Le sujet couché sur le côté doit faire par le nez huit à dix grandes inspirations qui le forcent à mettre en jeu, d'une manière intensive, les muscles inspirateurs du côté malade. Ensuite, on applique une main à la partie supérieure de l'aisselle et l'autre main sur les dernières côtes, de manière à exercer une pression, légère d'abord, puis plus forte, que le malade doit vaincre pour respirer. Il faut procéder avec beaucoup de douceur et de prudence, en augmentant très graduellement la pression. On termine par un massage doux des muscles inspirateurs, destiné à réveiller leur vitalité et leur nutrition.

5° Enfin, si leur situation sociale le leur permet, vous conseillerez, après la convalescence, soit une cure d'altitude, soit une cure hydro-minérale.

Si à l'auscultation et la percussion on ne perçoit aucun reliquat de la pleurésie et qu'il y ait *restitutio ad integrum*, la *cure d'altitude* suffit. Sa durée sera d'un à deux mois. Ou bien, les malades ont gardé soit des frottements, soit même une respiration amoindrie, soit une facilité à la toux. Dans ces cas, et surtout s'ils toussent encore, conseiller une *cure hydro-minérale* dans une station sulfureuse comme *Allevard* ou *Cauterets* pendant l'été et *Amélie-les-Bains* pendant l'hiver. En cas de toux sèche, à tendance quinteuse, vous préférerez le *Mont-Dore*.

*P. S.* — Le malade s'est présenté à l'hôpital le 8 octobre, soit neuf mois après sa sortie. Il était en parfaite santé et ne conservait aucune trace de pleurésie.

---

# PSYCHOTHÉRAPIE

## Les états neurasthéniques et leur traitement,

par le Dr MARCEL VIOLLET,
Médecin des Asiles.

(*Suite et fin.*)

V

*Traitement des états neurasthéniques symptomatiques et des états neurasthénoïdes dans les maladies mentales.*

Nous avons, dans notre dernier article, étudié longuement la question du traitement de l'état neurasthénique idiopathique. Nous avons insisté sur l'utilité primordiale du traitement moral; et en effet il est toujours nécessaire, parfois suffisant, dans une affection qui n'a d'autre signification qu'une exagération d'un état congénital, survenue en dehors de toute cause organique.

Le traitement moral est aussi indiqué lorsqu'il s'agit d'un état neurasthénique symptomatique. Mais il cède la place de premier plan au traitement de l'affection organique que nous avons appelée la maladie-prétexte.

Ainsi que nous l'avons vu dans notre troisième article, toutes les maladies sont capables de déterminer l'exagération de l'état mental congénital préneurasthénique, exagération qui constitue l'état neurasthénique. Il nous est impossible — et il serait oiseux — d'envisager les indications thérapeutiques de toutes ces maladies diverses. La maladie-prétexte une fois reconnue, le médecin lui applique le traitement approprié, ainsi qu'il le ferait en dehors de toute complication névropathique. La seule diffé-

renco qui doive exister est dans la conduite du médecin vis-à-vis du malade, dans les paroles qu'il lui adresse, dans le tact avec lequel il organise un traitement qui peut être long, de manière que le malade soit fidèle et au traitement et à lui, médecin. Il ne doit pas oublier que la versatilité du neurasthénique poussera ce dernier vers les découragements prompts, les hésitations, les inquiétudes, les excès de zèle qui lui feront prendre le double de la dose prescrite, ou de tiédeur qui lui feront oublier de suivre le traitement. Pour toutes ces raisons, il sera utile de bien connaître l'état mental du neurasthénique et de parer à tous les ennuis qu'il pourrait provoquer.

Après la guérison de la maladie-prétexte, l'état mental neurasthénique peut persister. On le considérera dès lors comme un état neurasthénique idiopathique, comportant les indications thérapeutiques que nous avons étudiées précédemment.

Pour les états neurasthénoïdes dans les maladies mentales, le traitement diffère totalement, ainsi du reste que le pronostic.

Ainsi que nous l'avions vu dans notre troisième article, les maladies mentales qui débutent par un état neurasthénoïde sont bien différentes les unes des autres.

Nous rappelons ici brièvement leur pronostic :

*Mélancolie neurasthénique.* — Maladie intermittente, durée du premier accès impossible à prévoir. Durée des autres accès approximativement semblable au premier. Acheminement vers la démence terminale.

*Psychose systématisée progressive.* — Incurable. Durée très longue : vingt, trente ans et plus.

*Démence précoce.* — Maladie incurable dans bon nombre de cas. La démence terminale est plus ou moins marquée, ce qui rend le pronostic incertain.

*Paralysie générale.* — Maladie incurable. Mort en un laps de temps variant en général entre deux et cinq ans.

*Démence sénile.* — Incurable.

On le voit, le pronostic, encore que toujours sombre, est essentiellement différent lorsque la maladie est confirmée. Il l'est bien

davantage encore au moment où il s'agit de l'état neurasthénoïde initial, c'est-à-dire en un moment où l'on peut essayer d'arrêter l'évolution de la maladie. Il est bien difficile de déterminer dans quelle mesure un traitement peut avoir une action préventive sur la mélancolie neurasthénique : l'aliéniste ne voit pas le malade à la période neurasthénoïde, d'ailleurs de courte durée dans bien des cas; il ne reçoit le malade que lorsque la maladie est confirmée. Quant au médecin qui traite le malade à cette période, il se trouve forcément dans l'alternative ou de ne pas faire le diagnostic exact si l'accès avorte, ou de ne le faire que rétrospectivement s'il survient. La psychose systématisée progressive semble incurable dès le début, dès les prodromes. Il n'y a guère d'action possible contre le développement de la démence sénile. Mais, à leurs périodes initiales, il peut être possible de tenter d'arrêter l'évolution de la démence précoce et de la paralysie générale.

Nous allons essayer de poser les indications de cette thérapeutique préventive. Il nous faut dès lors considérer en l'état neurasthénoïde moins ce qu'il est que les désastreuses promesses qu'il apporte, et moins nous occuper d'effacer les symptômes que lutter contre l'évolution d'une maladie dont il constitue le prodrome.

Pour la mélancolie neurasthénique, deux cas peuvent se présenter : ou bien il s'agit de l'état neurasthénoïde qui précède le premier accès, ou bien il s'agit d'un de ceux qui précèdent les accès ultérieurs. Dans le premier cas, la plus grande incertitude règne. Comment oser faire le diagnostic, même si quelques idées mélancoliques viennent se mêler au tableau clinique? On est tenté d'envisager cet état comme un simple état neurasthénique idiopathique, et de lui appliquer le traitement habituel, qui, naturellement, se trouve sans effet. Et pourtant ce serait bien le moment d'appliquer un régime tonique absolument rigoureux. Le mélancolique est avant tout un déprimé : il faut lui donner des forces, le suralimenter, lui ordonner des préparations arsenicales, de la strychnine, des toniques végétaux : quinquina,

kola, coca, colombo, lui injecter du sérum; s'il est constipé, — il l'est en général, — employer les lavements, les purgatifs salins. S'il dort mal, éviter de lui donner des hypnotiques ou des calmants, mais régulariser son hygiène de façon que le travail de la digestion ne vienne pas interrompre son sommeil. Eviter absolument les thérapeutiques électriques, l'hydrothérapie, toutes les causes de préoccupations ou de dépression.

Mais si ce traitement est impossible à instituer avec assurance dès les prodromes du premier accès, il peut très facilement être appliqué au début des accès ultérieurs, alors que l'on est éclairé sur la nature du mal, et qu'on peut même (à partir du deuxième accès) prévoir le moment où il sera utile de l'appliquer. Peut-être, dans ces cas, pourra-t-on avoir quelques succès.

Il est bon d'être très prudent vis-à-vis de ces malades et de leur entourage. Le mélancolique neurasthénique a de grandes tendances au suicide : il faut avertir les parents d'instituer une surveillance discrète, mais continue, dès le début. Il faut organiser l'habitation du malade et même son habillement, de façon qu'il ne trouve sous sa main aucune arme pour se percer, et autour de sa taille aucun cordon pour se pendre. Il faut fermer les water-closets pour éviter tout isolement résolu du malade, qui a grande tendance à s'y enfermer pour attenter à sa vie. Il est bon également d'éloigner toute personne antipathique, maladroite, ou capable de rappeler au malade des événements douloureux. Il faut interdire les visites. Enfin on se trouvera bien d'avoir été très réservé dans son pronostic.

La période neurasthénoïde au début, en général courte, mène progressivement, par à-coups ou avec une singulière brusquerie, à l'état confirmé de mélancolie neurasthénique. Il est souvent sage de confier alors ce malade à un médecin d'asile ; mais il est des cas où les idées délirantes sont peu marquées, où le malade est « légèrement » mélancolique; ou bien des cas où des circonstances extérieures (convenances, fortune, préjugés, etc...) permettent de soigner le malade dans sa famille, ou y obligent. Dans ces cas, le médecin traitant fera bien de

prendre conseil d'un aliéniste. Mais, en cas d'impossibilité, il est bon que le médecin sache quelle ligne de conduite il a à tenir.

L'habitation sera d'abord organisée selon les principes que nous avons indiqués plus haut. Parmi l'entourage du malade, on fera une sélection pour ne laisser approcher habituellement celui-ci que par les personnes les plus intelligentes ou par celles qu ont le plus d'ascendant sur lui. Et je laisse à penser combien de tact doit être déployé dans ce cas-là. Le malade sera maintenu au lit : la klinothérapie est, en effet, le meilleur procédé à employer, surtout au début, et d'une façon générale tant que la convalescence ne commence pas. Le malade sera plus facile à surveiller, il dormira mieux, ou plus souvent, et on ne craindra pas qu'il s'affaiblisse au lit, lui qui, de toute façon, recherche l'immobilité des déprimés. Si faire se peut, on traînera son lit à l'air, pendant la journée, tenant compte, naturellement, des questions de température. L'alimentation sera composée de mets sains et faciles à digérer. Si le malade refuse toute nourriture, on l'alimentera à la sonde œsophagienne, deux fois par jour au minimum : ces repas seront alors composés chacun d'un litre de lait, de six jaunes d'œuf, de deux cuillers à soupe d'huile de foie de morue, d'une vingtaine de grammes de poudre de viande et du jus d'un demi-citron.

Au point de vue du traitement actif, nous préconiserons uniquement les toniques. Les hypnotiques sont absolument à rejeter : il vaut mieux que le malade ne dorme pas que d'ajouter une intoxication médicamenteuse à son état général vraisemblablement déprimé par une auto-intoxication. A rejeter aussi la méthode des bains prolongés qui n'assoupissent le malade qu'en le déprimant davantage.

Par contre, les toniques peuvent être utiles. Si l'état du foie le permet, instituer une médication arsenicale. Sinon, employer les toniques végétaux déjà indiqués, en ayant soin d'éviter la constipation. La strychnine peut avoir de bons effets.

Il existe dans la mélancolie une atonie générale, une paresse de tous les organes. Les excrétions notamment sont faibles ou

taries. La peau est sèche : on facilitera les fonctions sudoripares avec des bains chauds très courts. La salive est peu abondante : de là un état de sécheresse de la bouche qui finit par déterminer des accidents gingivo-dentaires; l'haleine est ordinairement fétide et la langue saburrale. On lavera utilement la bouche avec de l'eau chloralée. La diminution des sécrétions intestinales, autant que l'atonie des fibres lisses, entraîne la constipation: on fera des lavages d'intestin avec de l'eau bouillie légèrement salée. Les reins fonctionnent mal, ne donnent que des urines rares : la théobromine, la caféine, etc., pourront régulariser cette fonction. Les injections de sérum physiologique pourront produire de bons effets à tous ces points de vue, à condition que le malade n'en ait pas peur et n'y trouve pas matière à alimenter son délire.

Il est indispensable de modifier ce traitement dès le début de la convalescence. Le malade bénéficiera de toute l'activité qu'il sera en mesure de dépenser. Sans se relâcher un instant de la surveillance, on le fera sortir du lit, on le promènera. On cessera toute thérapeutique générale, devenue inutile, et bientôt toute thérapeutique active deviendra vaine, les fonctions se rétablissant vite. Il faut être averti d'un fait : tout rétablissement brusque est de mauvaise augure, les rechutes hâtives étant à craindre; au contraire, les convalescences lentes permettent d'espérer un retour plus prolongé à la santé. Il sera bon de prévenir la famille de ces faits.

L'état neurasthénoïde que l'on observe au début des psychoses systématisées progressives demande une attention toute particulière. Il est en général de fort longue durée. Progressivement il se surcharge des symptômes que nous avons décrits. On peut dire que la thérapeutique reste sans effet sur l'évolution ultérieure de la maladie. Mais, par contre, que de dangers peut éviter le médecin averti, dangers qui menacent le malade, tout son entourage, tout son voisinage, tout le monde, et lui-même, lui, médecin ! Régis le dit : « Le plus gros danger que puisse courir un homme est d'être choisi comme persécuteur par un

persécuté. » Or ce neurasthénoïde, ce sera, plus ou moins vite, un persécuté qui tendra à réagir contre ses persécuteurs, les discutera, les choisira, et, après avoir épuisé la gamme des plaintes à la police et à la justice, finira par se faire justice lui-même. Il commencera peut-être même par là. Combien ne trouve-t-on pas de ces crimes de la folie?

Il ne faut pas songer à prendre des demi-mesures avec une maladie chronique aussi dangereuse. En présence d'un tel aliéné, la seule mesure qui s'impose, c'est son internement. Et le plus tôt sera le mieux.

L'état neurasthénoïde qui précède la démence sénile a longtemps été décrit sous le nom de neurasthénie sénile. Nous avons vu plus haut ce qu'il en fallait penser. Au point de vue thérapeutique, nos efforts sont de peu de valeur : on ne remédie guère à l'épuisement sénile des cellules nerveuses. Toutefois on peut toujours espérer que l'état de déchéance intellectuelle que présage l'état neurasthénoïde est dû à une mauvaise irrigation cérébrale et relève de l'artério-sclérose. On emploiera dès lors la thérapeutique indiquée contre cette désorganisation vasculaire.

Mais nous avons hâte d'arriver aux états neurasthénoïdes qui précèdent des affections qui ne seraient peut-être pas incurables, si elles étaient traitées dès leurs prodromes.

Ainsi la démence précoce. Comment le cas se présente-t-il, bien souvent? Un adolescent a jusqu'alors été un excellent élève, un élève remarquable, même. Ses parents sont flattés dans leur orgueil et présagent pour lui un brillant avenir. Plus ou moins vite, il devient moins appliqué, distrait, il travaille moins facilement et moins bien, en même temps que se développent les symptômes énumérés dans notre troisième article, et que les parents prennent toujours pour de l' « originalité ». Appellera-t-on un médecin? Non! Les parents changent d'attitude à l'égard de leur fils. Ils le sermonnent, ils le punissent, ils l'accablent de leçons supplémentaires et de répétitions. Si les jours de classe ne suffisent pas, on y ajoute le jeudi et le dimanche; et la soirée

[illegible] prolonger l'effort fatigant du jour. Et pourtant dès [illegible] il faudrait du repos, un repos complet, des soins [illegible] pour qui la vie consciente est peut-être [illegible] son terme.

[illegible] augmentant, la fatigue devenant trop [illegible] à la neurasthénie et vont chercher le [illegible] être encore temps d'agir.

[illegible] instituer un repos complet, absolu. Non seule-[illegible] intellectuel, mais repos corporel ; le lit ne doit être [illegible] pour la chaise longue. Ce qui est préférable, c'est la [illegible], sans livres, sans conversations suivies, sans occu-[illegible] d'aucune sorte. Autant de sommeil que possible. Mais, [illegible] l'obtenir, évitez les hypnotiques et préférez-leur l'hydrothé-[illegible] prolongée.

[illegible] parents vous diront sans doute : « Mais mon fils s'ennuie [illegible]. » Ne craignez pas l'ennui, l'ennui mène au sommeil, si utile ! A ce point de vue, l'isolement dans une maison de santé est une bonne méthode, en ce qu'elle soustrait le jeune homme aux fatigues des distractions que lui procureraient peut-être ses parents, malgré vous.

Il y a toutefois une surveillance à exercer pour empêcher le jeune homme de se masturber. Plus qu'aucun autre aliéné, les déments précoces sont friands de cette fatigue. On a longtemps accusé la masturbation de produire les troubles mentaux de l'adolescence. En Angleterre, on décrit une forme de démence précoce sous le nom de « folie masturbatoire ». Il y a peut-être là une exagération qui fait prendre l'effet pour la cause. Mais il n'en est pas moins vrai qu'à cette époque de la maladie que nous étudions présentement, la masturbation constitue un gros danger par l'ébranlement nerveux qu'elle détermine et l'épuisement général consécutif. Employez au besoin tous les moyens de contention que vous pourrez imaginer, tout en leur préférant une surveillance attentive.

En ce qui concerne le traitement actif de la démence précoce, il a jusqu'ici peu retenu l'attention des auteurs.

RODRIGUEZ MORINI (1) se contente de dire que « la démence précoce est à peu près incurable, et le traitement est purement symptomatique ». A observer les statistiques de KRÆPELIN, où sont signalés des cas de guérison, cet « à peu près » laisse encore une certaine marge. D'ailleurs les auteurs envisagent surtout la démence précoce à l'époque où celle-ci est confirmée, et où le traitement consisterait non pas à prévenir, mais à enrayer, non pas à garantir l'avenir, mais à récupérer sur le passé. C'est peut-être beaucoup à ces circonstances qu'est dû le renom d'incurabilité de la démence précoce. Nous nous occupons, nous, de l'état neurasthénoïde initial. A ce point de vue, rien n'a encore été fait.

A qui donc demanderons-nous les lignes du traitement préventif de la démence précoce, applicable à cette époque de la maladie. Si l'adage est vrai : « *sublata causa, tollitur effectus* », nous trouverons des indications dans la pathogénie.

Celle-ci est encore très discutée à l'heure actuelle. Quelques auteurs admettent seulement des troubles dégénératifs héréditaires. C'est le cas de MARANDON DE MONTYEL (2), de TCHIGE (3), de BEDOUIN (4). Certains autres accusent le surmenage (CHRISTIAN (5), LEITENSEN) (6), d'amener directement la démence précoce. Il est possible d'admettre que le surmenage détermine une moindre résistance générale, laquelle permet de s'établir à la toxi-infection à laquelle la plupart des auteurs attribuent la production de la démence précoce. Mais cette infection, quelle est-

(1) R. MORINI. *Contribution à l'étude des psychoses dites de la puberté et plus spécialement de la démence précoce. Congrès de Madrid* 1903.

(2) MARANDON DE MONTYEL. *Les formes de la démence précoce. Gazette des hôpitaux*, an LXXVIII, n° 6, p. 63, 17 janvier 1905.

(3) TCHIGE. *Démence précoce. Journal de neuropathologie et de psychiatrie du nom S. S. Korsakoff.* 1902, liv. 1, 2, p. 1-12.

(4) BEDOUIN. *Sur la démence précoce*. Thèse de Paris, mars 1905.

(5) CHRISTIAN. *De la démence précoce chez les jeunes gens. Contribution à l'étude de l'hébéphrénie. Annales médico-psychologiques*, janvier à octobre 1899 (5 articles).

(6) LEITENSEN. *Contribution à l'étude du Rôle du surmenage physique dans l'éclosion des psychoses de puberté.* Thèse de Paris, 5 novembre, 1902.

elle? Ici encore les avis diffèrent. On sait que KRŒPELIN (1) pense à une intoxication d'origine sexuelle survenue à l'époque de la puberté. C'est aussi l'avis de D'ORMEA et MAGGIOTTO (2). Mais par contre M. le professeur DIDE (3) et BLIN (4), pensent à une toxi-infection d'origine intestinale. ANFIMOFF (5), ETCHEPARE (6), attribuent la démence précoce à une infection ou à une intoxication de nature indéterminée, et TREPSAT (7), très éclectiquement, l'attribue à une infection qui peut, selon les cas, être génitale, puerpérale, gastro-intestinale ou hépato-rénale.

La pathogénie, on le voit, fournit des éléments un peu hétérogènes. Au point de vue pathogénique une entente peut toutefois se faire entre ces théories diverses : on peut admettre avec le professeur JOFFROY que la notion de dégénérescence est bonne à conserver, en lui donnant la signification plus large d'état de réceptivité particulière, et en lui enlevant toute signification d'entité clinique. On peut admettre que le surmenage détermine un état de moindre résistance générale qui permet à l'infection, quelle qu'elle soit, de s'établir, et profitant de l'état de réceptivité particulière nommée *dégénérescence*, d'agir sur les centres nerveux supérieurs en produisant l'état neurasthénoïde initial de la démence précoce.

---

(1) KRŒPELIN. *Ein Lehrbuch fur Studirende und Aertze*. Leipzig, 1899.

(2) D'ORMEA et MAGGIOTTO. *Recherche sur les échanges matériels chez les déments précoces*. *Giornale di Psychiatria clinica e Technica manicomiale*. Ferrare, 1905.

(3) DIDE. *La démence précoce est un syndrome mental toxi-infectieux subaigu ou chronique*. *Revue neurologique*, t. XIII, 1905, p. 381.

(4) BLIN. *Etude des manifestations oculaires de la démence précoce et considérations sur la pathogénie de cette maladie*. Thèse de Paris, 1905.

(5) ANFIMOFF. *De la démence précoce*. *Journal de neuropathologie et de psychiatrie du nom S. S. Korsakoff*, liv. I-II, p. 28-32.

(6) ETCHEPARE. *La démence précoce*. *Archivos di Psyquiatria y Criminologia*. *Buenos-Ayres*. Septembre, octobre, 1904, p. 561-583.

(7) TREPSAT. *Etude des troubles physiques dans la démence précoce*. Thèse de Paris, juillet, 1905.

Ainsi, par un éclectisme un peu artificiel, nous sommes amenés à considérer le neurasthénoïde prédément

1° Comme un héréditaire;

2° Comme un surmené;

3° Comme un intoxiqué.

L'héréditaire, nous n'aurons aucune action sur lui. Le surmené, nous l'avons déjà mis au repos le plus complet. Nous allons lutter contre son état d'épuisement en instituant une médication tonique. A ce point de vue, nous préférons les toniques végétaux, comme étant moins capables de surajouter une intoxication à celle déjà existante. Nous surveillerons en particulier l'alimentation, qui doit être réglée de façon à favoriser la digestion et la défécation, et à éviter tout état congestif qui suit les repas trop abondants. Il est bon de supprimer complètement l'alcool.

Quant à l'intoxiqué, nous nous efforcerons de le traiter selon la cause de l'intoxication. Semble-t-elle provenir d'une origine génitale, nous prescrirons des substances opothérapiques appropriées : orchipine et extrait d'ovaire. S'agit-il d'une cause puerpérale, toute la thérapeutique gynécologique appropriée entrera en jeu. Pensons-nous plutôt à une intoxication intestinale, nous nous efforcerons de la faire disparaître. Les purgatifs, les entéroclyses, les antiseptiques intestinaux seront plus spécialement indiqués. On pourra tenter de provoquer l'élimination des toxines par les bains chauds, les diurétiques. Il ne sera pas mauvais non plus de pratiquer des injections quotidiennes de sérum artificiel, pour modifier la teneur toxique du sérum sanguin (1).

Nous nous sommes efforcé de donner les indications les plus judicieuses pour le traitement préventif de la démence précoce. Nous avons d'autant plus insisté sur ce point que nous pensons qu'il y a quelque chose à faire, et que rien n'a été fait. L'aliéniste n'est jamais appelé à soigner un état neurasthénoïde

(1) DIDE et SACQUÉPÉE. *Sur quelques propriétés du sérum sanguin dans la démence précoce ; disette d'Alexine ; présence de sensibilisatrices microbiennes.* Congrès de Rennes, 1905.

prédémentiel. Quant au médecin traitant, il a jusqu'ici confondu tous ces troubles sous la dénomination vague de neurasthénie. Eh bien ! je le répète, la neurasthénie juvénile n'existe pas : c'est un début de démence précoce. Si vous êtes appelé auprès d'un « neurasthénique » de moins de vingt ans, n'hésitez pas, c'est un futur dément précoce. Traitez-le en conséquence. Si vous guérissez votre malade, vous avez, assurément, sauvé son intelligence d'un effroyable danger. N'hésitez pas, alors, à nous dire comment vous avez obtenu ce remarquable résultat. C'est, à mon avis, le seul moyen d'éclaircir la question de la thérapeutique de la démence précoce.

L'état neurasthénoïde qui inaugure un grand nombre de cas de paralysie générale est de longue durée. Il y a beaucoup de chances pour que le médecin ne soit pas appelé dès le début. Que cela ne l'empêche pas d'agir dès qu'il est appelé.

Mais quelle thérapeutique convient-il d'appliquer ? A ce point de vue, il y a plusieurs indications :

D'abord et avant tout, une indication résulte des rapports qui existent entre la syphilis et la paralysie générale. Ils ont été longtemps discutés, mais cette question paraît être définitivement réglée depuis les travaux de WASSERMANN et PLAUT (1) et de A. MARIE et LEVADITI (2). Ces auteurs ont en effet trouvé l'anticorps spécifique de la syphilis dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, que l'on ait ou non l'aveu d'une syphilis antérieure chez ces derniers (MARIE et VIOLLET (3), CHARRIER) (4). D'autre part, le traitement mercuriel des para-

(1) WASSERMANN et PLAUT. *Deutsche med. Woch.*, vol. XXXII, n° 44, 1906, p. 176.

(2) A. MARIE et LEVADITI. *Annales de l'Institut Pasteur*, vol. XXI, p. 138, 1907.

(3) MARIE et VIOLLET. *Un argument en faveur de l'origine syphilitique de la paralysie générale*. Congrès de Genève, 1907.

(4) CHARRIER. *Les anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien. Complément à l'étude du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale et le tabès*. Thèse de Paris. Michalon. 1907.

lytiques généraux à une période avancée de leur maladie ne paraît pas donner d'heureux résultats. Il est infiniment probable que ces échecs sont dus à ce qu'on est forcé d'instituer ce traitement trop tard. Il faut donc, dès le premier jour, instituer un traitement antisyphilitique énergique chez le neurasthénoide préparalytique.

Une seconde indication est fournie par l'état mental du neurasthénoïde. Il faut tout craindre de lui : qu'il ne se surmène, qu'il ne s'alcoolise, qu'il ne mange trop, qu'il ne se livre à des excès vénériens, qu'il ne commette des imprudences capables de déterminer l'apparition de maladies concomitantes, et de diminuer ainsi sa résistance organique. Il sera bon dès lors d'exagérer les précautions et de maintenir le malade à la chambre.

Une troisième indication est fournie par l'état des viscères. Ceux-ci peuvent être le siège de lésions sans relations avec la paralysie générale, et dès lors le traitement qui sera institué leur sera directement approprié. Mais on observe fréquemment dans la paralysie générale des troubles gastro-intestinaux, en particulier une constipation qui entretient un état congestif. L'usage des entéroclyses, des purgatifs drastiques, des antiseptiques intestinaux sera d'un utile effet. Il n'est pas mauvais de pratiquer quotidiennement des lavages intestinaux qui m'ont paru constituer, dans la paralysie générale confirmée à forme expansive, le meilleur des calmants.

Les bains chauds de courte durée, l'usage modéré des sudorifiques et des diurétiques est d'un bon effet.

On trouvera des indications thérapeutiques nombreuses dans les anamnestiques. Il ne faut pas oublier que si la syphilis est cause efficiente de la paralysie générale, elle est puissamment aidée par des causes prédisposantes (hérédité) ou occasionnelles (alcoolisme, surmenage, traumatismes crâniens, intoxication saturnine, etc...). Il est naturellement indiqué de traiter ces causes, et en particulier de supprimer totalement l'alcool.

Le séjour à la campagne sera d'un utile effet, surtout si le

malade doit se trouver dans sa demeure, dans celle de parents ou d'amis. L'on peut ainsi garder le malade au jardin au lieu de le garder à la chambre, de qui est bien préférable. On évite au malade les fatigues de ses affaires et les tentations de la ville. Enfin on pare aux dangers qui pourraient survenir de par son état mental.

Peut-être, en instituant de bonne heure, dès qu'il est possible, pendant la période neurasthénoïde, cette thérapeutique logique, pourra-t-on empêcher l'évolution de cette maladie terrible par son pronostic et par sa fréquence. Nous pouvons dire ici ce que nous avons dit à propos de la mélancolie neurasthénique, de la démence précoce ; ce que nous pourrions répéter à propos de toutes les phases prodromiques de toutes les maladies mentales ; l'aliéniste n'est jamais appelé à les connaître. Le médecin traitant porte le diagnostic de neurasthénie, et institue les traitements spéciaux recommandés par les auteurs qui se sont occupés du traitement de la neurasthénie. La maladie mentale évolue. Le médecin est tenté d'admettre que la neurasthénie s'est transformée en maladie mentale, et l'on a ainsi décrit des neurasthéniques qui se transforment en paralysie générale, d'autres en démence, d'autres en mélancolie, d'autres en paranoïa.

Rien n'est plus faux que cette conception, nous croyons l'avoir suffisamment démontré. La maladie mentale débute par un état neurasthénoïde, mais même à cette période de début, c'est bien uniquement de la maladie mentale qu'il s'agit.

C'est donc celle-là qu'il faut traiter, dès son début, c'est-à-dire à la période de choix. Et, puisque l'aliéniste n'est jamais appelé à soigner les malades à cette période, c'est au médecin traitant à faire le diagnostic exact, à instituer le traitement judicieux, et à nous renseigner ensuite sur les résultats obtenus, enrichissant ainsi de données utiles, le champ si vide encore de la thérapeutique mentale.

# THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

## Traitement des hémorragies intra-oculaires,

par le Dr BAILLIART.

Si l'on en excepte les hémorragies produites par un traumatisme, les hémorragies intra-oculaires relèvent avant tout de la médecine générale; c'est la cause qu'il faut d'abord soigner. Mais de ce que l'œil a été atteint découle cependant l'indication d'un traitement local; faire disparaître la cause, c'est rendre service au malade, non seulement en le mettant à l'abri de nouveaux accidents plus graves, mais encore en empêchant le retour de nouvelles hémorragies du côté de l'œil. Mais l'organe de la vue est si délicat que l'hémorragie intra-oculaire ne doit pas être considérée seulement comme un symptôme; elle a menacé l'intégrité de la vision, produit des lésions quelquefois définitives; c'est pourquoi le traitement local, le traitement de la lésion oculaire, doit être appliqué en même temps que le traitement général.

Les hémorragies essentielles de l'œil, c'est-à-dire celles qui se produisent sans maladie de l'organisme, sont rares. On en connaît cependant une forme qui survient en dehors de toute affection générale. Elle apparaît chez les jeunes sujets, chez les jeunes gens notamment, à l'époque de la puberté; quelquefois à l'occasion d'un effort violent, mais souvent aussi sans raison plausible; c'est l'*hémorragie subite et récidivante* des jeunes gens. Elle se produit dans le corps vitré qu'elle remplit presque instantanément; en quelques jours la résorption est complète et il n'en reste généralement aucune trace, jusqu'au jour où il se produit une nouvelle poussée qui disparaît comme la première. PANAS, à cause de ces caractères, la comparait justement à une épistaxis du corps vitré. ABADIE, qui s'est particulièrement occupé de ces hémorragies essentielles, recommande, en pareil cas, un traitement général par l'extrait de quinquina et le perchlorure de fer à haute dose.

Si l'on en excepte cette forme tout à fait spéciale, et assez rare, les hémorragies intra-oculaires, quel que soit leur siège, [illegible] traduisent simplement une altération [illegible] la cause doit être cherchée en dehors de [illegible]

[illegible] le plus à ces accidents vasculaires [illegible] est le plus souvent à l'origine [illegible] Quoi qu'on en ait pu dire, ces [illegible] valeur pronostique qu'il ne faut [illegible] souvent l'apparition d'hémorragies [illegible] temps peut ainsi [illegible] les altérations vasculaires [illegible] la rétine que dans [illegible] hémorragies y soient plus fréquentes [illegible] les vaisseaux ne sont jamais même [illegible] soutenus que dans la rétine où ils [illegible] cette membrane et le corps vitré qui [illegible] maintenir. Que la moindre modification [illegible] tension sous l'influence d'un effort un peu [illegible] émotion, et la paroi peut se déchirer, amenant [illegible] de l'hémorragie.

[illegible] seule peut d'ailleurs, en dehors même de toute [illegible] des vaisseaux, amener les mêmes accidents. [illegible] artérielles ou veineuses des vaisseaux de la [illegible] souvent également à l'origine de ces accidents; mais [illegible] cas, même localement, l'hémorragie ne passe qu'au [illegible] plan.

D'autres fois, c'est à des intoxications générales, la leucémie, l'albuminurie, le diabète qu'il faut attribuer l'apparition des hémorragies. La syphilis de son côté produit souvent des lésions et des ruptures des vaisseaux de la choroïde ou de la rétine.

Il est généralement facile de reconnaître à laquelle de ces affections on peut attribuer le cas constaté : l'examen de la tension vasculaire, l'auscultation du cœur, l'exploration des artères, l'analyse de l'urine au point de vue du sucre et de l'albumine ne

devront jamais être négligés. Une fois que l'affection causale aura été reconnue, il sera facile de diriger contre elle un traitement approprié. Le régime lacté, la déchloruration, l'iodure de sodium, la théobromine rendront souvent de grands services et ne pourront jamais faire de mal.

Il en est peut-être autrement de l'ergotinine qui, si souvent employée, ne semble pas toujours mériter cette faveur; c'est un médicament purement symptomatique qui ne devrait être utilisé que dans des cas tout à fait exceptionnels. Elle n'agit sur les hémorragies de la rétine que par son pouvoir vaso-constricteur très prononcé : chez les sujets artério-scléreux ou hypertendus, cette action constrictive, en augmentant encore la tension, peut constituer un véritable danger.

Il est bien plus indiqué d'avoir recours au sérum gélatiné. De Wecker, très partisan de ce procédé, avait remplacé la gélatine ordinaire, à laquelle on a attribué quelques cas de tétanos, par la gélatine de poisson. La formule du sérum généralement employé est la suivante :

| | |
|---|---|
| Gélatine pure et stérilisée | 2 gr. |
| Chlorure de sodium | 1 » |
| Eau distillée | 100 » |

Il semble logique de penser que, quelle que soit la gélatine employée, une stérilisation parfaite à l'autoclave doit mettre à l'abri de toute crainte de tétanos.

Un médicament excessivement précieux dans le traitement des hémorragies intra-oculaires est la pilocarpine. Son emploi doit être local et général.

Localement on utilise le nitrate de pilocarpine en collyre à 3 ou 4 p. 100 plusieurs fois par jour, collyre qui a, entre autres avantages, celui de prévenir l'apparition des accidents glaucomateux qui compliquent fréquemment les hémorragies intra-oculaires.

En injections hypodermiques, la pilocarpine agit également d'une façon tout à fait remarquable pour aider la résorption des hémorragies soit de la rétine, soit du corps vitré. On doit

l'employer à la dose de 1 demi-centigramme tous les deux jours. Pour être tout à fait inoffensive, l'injection doit être faite le matin complètement à jeun.

On peut également avoir recours à la dérivation locale, au moyen de sangsues ou de ventouses de Heurteloup, ou à la dérivation générale par des bains de pied chauds répétés, l'ingestion de calomel à doses fractionnées. C'est probablement de la même façon que les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure ou seulement d'eau salée produisent quelquefois de bons effets.

L'électricité, sous forme de courants continus, aurait aussi dans quelques cas amené des résultats favorables.

D'ailleurs bien souvent, en cas d'hémorragie intra-oculaire, la thérapeutique la plus active reste impuissante. Ces accidents sont donc sérieux et doivent être considérés comme tels, non seulement à cause de l'affection générale qu'ils révèlent, mais aussi à cause des lésions souvent définitives qu'ils laissent après eux.

## CARNET DU PRATICIEN

### Traitement de la laryngite aigüe.

(MENDEL.)

Repos au lit, à la chambre, garder le silence. Faire trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, une inhalation de trois à cinq minutes, à l'aide d'un pulvérisateur chargé de la solution suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Baume du Pérou | | 0 gr. 50 |
| Teinture de benjoin | àà | 4 gr. |
| — d'eucalyptus | | |
| — de quillaya | | 5 » |
| Eau distillée de laurier-cerise | | 10 » |
| Eau distillée | | 50 » |

*M. s. a.*

Le malade prendra, au début, cette inhalation avec une certaine précaution. Elle ne doit pas l'irriter et encore moins le faire tousser; il la cesserait provisoirement en cas de sensibilité locale trop vive.

On fera, en même temps, prendre au malade toutes les deux heures, une cuillerée à soupe de :

| | |
|---|---|
| Alcoolature de racines d'aconit...... | X gt. |
| Benzoate de soude................ | 6 gr. |
| Sirop diacode...................... | ââ 30 » |
| — d'erysimum................. | ââ 30 » |
| Eau distillée...................... | 120 » |

*F. s. a.* Une potion.

Ou encore, toutes les deux heures, une cuillerée à soupe de la potion suivante, dans une tasse de tisane de *bourgeons de sapin* :

| | |
|---|---|
| Benzoate de soude.................... | 10 gr. |
| Sirop de tolu.......................... | 30 » |
| Infusion de bourgeons de sapin......... | 110 » |

*F. s. a.* Une potion.

Dans le cas de trachéo-bronchite concomitante qui amènerait une toux fréquente et irritante pour le larynx, on donnerait la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone.................. | 0 gr. 05 |
| Sirop de codéine...................... | 30 » |
| Eau distillée.......................... | 120 » |

*M. s. a.*

A prendre par cuillerées à soupe toutes les heures.

CH. A.

## REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

### Thérapeutique médicale

**L'opium est-il utile ou nuisible dans la pérityphlite aiguë (1)?**

PEL (*Berliner Klin. Woch.*, 1907, n° 32) est d'avis que de sem-

(1) La rédaction du *Bulletin de Thérapeutique* doit à ses lecteurs la relation de toutes les opinions qui sont formulées relativement au traitement des maladies : c'est pourquoi nous résumons ici l'avis exprimé si formellement par l'auteur, mais nous ne pensons pas inutile de rappeler que le traitement par l'opium de la pérityphlite ou de l'appendicite est sévèrement jugé par M. le professeur Albert Robin, et non pas par simple raisonnement théorique, mais au contraire à la suite de très nombreuses observations cliniques qui lui ont prouvé que ce mode de procéder était désastreux. Pour M. Albert Robin, le traitement opiacé est le meilleur moyen de favoriser les accidents aigus et de rendre fatale l'intervention chirurgicale. — N. D. L. R.

blables questions ne peuvent être résolues que par l'observation et l'expérimentation cliniques. Ses expériences tendent à prouver que les attaques dirigées, dans ces derniers temps, contre le traitement par l'opium, ne sont pas justifiées.

Dans les cas aigus, avec diagnostic certain, une intervention précoce lui paraît recommandable, bien qu'il n'y ait eu recours que dans un tiers des cas. Dans tous les autres, l'auteur administrait toutes les deux heures V gouttes de laudanum, et même toutes les heures ou bien encore des doses de X à XV gouttes au début quand les douleurs étaient très vives.

Grâce à un traitement convenable appliqué dès le début de la maladie (excepté dans des circonstances particulières) et consistant en repos au lit, diète sévère, application de glace, doses suffisantes d'opium et dans l'abstention sévère des laxatifs, la pérityphlite aiguë (appendicite et péri-appendicite), comme elle se rencontre dans la pratique ordinaire, a coutume d'évoluer favorablement dans plus de 90 p. 100 des cas.

Le médecin qui traite ses malades d'après ces principes ne peut être taxé de négligence vis-à-vis de ses malades. Les inconvénients résultant de l'emploi de doses convenables d'opium, et les avantages inhérents à l'usage des laxatifs sont plus théoriques que basés sur des observations cliniques sérieuses.

## FORMULAIRE

### Pansement des crevasses du sein.

(MARFAN.)

Apporter le plus grand soin aux pansements des crevasses; les laver avec :

| | | |
|---|---|---|
| Eau de roses | 40 | gr. |
| Glycérine | 20 | » |
| Borate de soude | 8 | » |
| Teinture de benjoin | 12 | » |

*Le Gérant :* O. DOIN.

PARIS. — IMP. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

# THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

## La question de l'arthritisme par suralimentation,

par le Dr J. LAUMONIER.

Des anciennes diathèses, qu'évoquaient si facilement les médecins d'autrefois, il reste peu de choses, car les progrès de l'investigation clinique ont progressivement démembré leur domaine. Une seule cependant semble avoir sensiblement gardé ses positions, malgré les assauts qui lui furent livrés : c'est la diathèse arthritique.

Dans ses *Leçons sur les maladies par ralentissement de la nutrition*, le professeur Ch. Bouchard s'est efforcé d'en indiquer la nature. Pour lui, toute diathèse est un tempérament morbide, une viciation héritée dans le dynamisme d'un individu. Pour la diathèse arthritique, le caractère essentiel de cette viciation est un ralentissement des échanges, qui demeure, dans son unité fonctionnelle, sous les formes ou modalités variables qu'affectent ses résultats, goutte, obésité, diabètes, lithiases, migraines, etc. L'élément anatomique, devenu incapable, pour une raison ou pour une autre, d'élaborer complètement les matériaux circulants, les laisse à un stade de dislocation insuffisante. Impressionnées par la viciation conséquente des humeurs, les cellules-filles exagèrent le trouble fonctionnel et, réagissant chacune suivant son mode particulier d'activité, traduisent la diathèse ainsi constituée chez tel descendant par la goutte, chez tel autre par l'obésité ou le diabète. Une pareille synthèse avait de quoi séduire.

Malheureusement, la théorie de Bouchard est plus une constatation qu'une explication. Le point de départ demeure obscur. Dans leur nouveau *Traité des maladies de la nutri-*

*tion*, Richardière et Sicard disent : « L'hérédo-arthritisme, voilà la base de la diathèse arthritique. » Soit. Mais par quel mécanisme l'ancêtre a-t-il tout d'abord modifié le terrain organique qui donnera, chez le descendant, la diathèse arthritique? Autrement dit, en quoi consistent les premières altérations métaboliques destinées à donner ultérieurement naissance à l'arthritisme confirmé? Voilà ce qu'on ne disait pas, ou, du moins, ce qu'on concevait mal, parce que ces premières altérations présentent, ainsi que nous le verrons, des caractères tout à fait différents de ceux que l'on rencontre dans l'arthritisme franc, qu'elles ne semblent pas concorder avec le schéma dessiné par Bouchard et qu'enfin elles échappent à l'observation, sous prétexte qu' « on ne fait pas de la maladie avec de la santé ». Par suite, l'arthritisme n'apparaissait que déjà constitué, ayant revêtu sa modalité occasionnelle et sa forme définitive, et le médecin, dès lors, n'avait pas la possibilité de recourir à la haute efficacité de la thérapeutique préventive.

Et le système nerveux, quel rôle était-il appelé à jouer? Dans la nutrition ralentie et l'auto-intoxication conséquente on ne le voyait intervenir que secondairemeut, tantôt par le surmenage de ses centres, chez les arthritiques cérébraux, tantôt par ses modifications réactionnelles sous l'influence des poisons dont la bradytrophie entraîne la production. Cet amoindrissement excessif de son rôle est d'ailleurs, depuis quelque temps, presque la règle dans nos théories pathogéniques. Il semble que, transportant inconsciemment dans l'ordre nosologique, les conceptions politiques à la mode, on veuille *démocratiser* le fonctionnement de l'organisme et réduire le pouvoir vraiment aristocratique du système nerveux. Et cependant, de jour en jour davantage, la

physiologie atteste sa prépondérance et prouve que, en dehors de certains éléments conjonctifs et des cellules libres (leucocytes), aucun plastide n'échappe à son contrôle ou à son impulsion. Il apparaît dans les moindres phénomènes vitaux des organismes complexes, précisément parce qu'il est la condition essentielle de la synergie sans laquelle ces organismes périraient.

Les cliniciens n'ont point méconnu ce rôle, que la doctrine humorale noyait dans son ombre. Lancereaux, en particulier, définit l'*herpétisme*, qui répond sensiblement à l'arthritisme de Bouchard, une névrose vaso-trophique, constitutionnelle et héréditaire, caractérisée par deux ordres successifs de manifestations, les unes vaso-motrices, appartenant à la première période de la vie, les autres trophiques, cantonnées de préférence dans la dernière. La valeur de cette conception n'est pas niable, mais, malheureusement, ici encore, nous sommes en présence d'un état acquis, d'une évolution presque achevée. L'herpétique de Lancereaux, comme l'arthritique de Bouchard, est un aboutissant qu'ont lentement amené, à sa situation de malade défini, des phénomènes antérieurs, vaguement entrevus depuis longtemps, mais insuffisamment connus et étudiés.

C'est cette lacune qu'il s'agit de combler. Nous connaissons les modalités cliniques de l'arthritisme; les théories classiques constatent les troubles métaboliques, — nutritifs et nerveux — et les rattachent à une viciation constitutionnelle et héréditaire. Quelle est précisément l'origine de cette viciation? comment et quand apparaît-elle? Nous commençons enfin à l'entrevoir, depuis qu'une pléiade de chercheurs et de cliniciens s'est efforcée, sans s'embarrasser des doctrines d'écoles, de juger impartialement les faits, de dépister l'arthritisme à ses débuts, à cette période de préarthritisme si

différente de l'arthritisme confirmé et de la rattacher aux formes diverses de la diathèse franche avec lesquelles nous sommes familiers. Le premier, le professeur Maurel, de Toulouse, a, dans son livre sur *la Dépopulation de la France*, incriminé la suralimentation, comme cause primordiale de l'arthritisme, et tracé de main de maître l'évolution de cette diathèse. Dans des domaines plus spéciaux, mais concourant à la même démonstration, Huchard, G. Bardet, de Grandmaison, Glénard, Sigaud, Monteuuis, ont montré les dangers de l'albuminisme et de l'abus des viandes, les réactions diverses, abdominales, circulatoires, nerveuses, qui s'ensuivent et qui, pour être souvent peu remarquées, n'en tiennent pas moins en puissance tous les désordres ultérieurs. Enfin Pascault, de Cannes, acceptant les données ainsi nouvellement acquises, y ajoutant ce que la pratique médicale et la réflexion ont pu lui suggérer, a donné dans diverses publications et notamment dans l'ouvrage intitulé : *l'Arthritisme par suralimentation*, une théorie pathogénique de l'arthritisme qui mérite la plus sérieuse attention. Ce sont ces faits et ces théories que je me propose d'examiner dans cet article. J'aurai en conséquence peu à parler des modalités connues de l'arthritisme confirmé ; ce sont surtout aux phénomènes qui en préparent l'apparition que nous devons nous arrêter, parce qu'ils commandent toute l'évolution ultérieure de la diathèse et que de leur connaissance dérive naturellement une thérapeutique d'autant plus efficace qu'elle est plus précoce.

## I

### *Le fait de la suralimentation.*

Les arthritiques francs (obèses, goutteux, diabétiques, lithiasiques, etc.) sont extrêmement nombreux, beaucoup

plus qu'on ne le croit communément ; en outre, leur proportion ne fait que croître. Je suis en rapport avec beaucoup de praticiens des campagnes, et les vieux surtout, qui peuvent comparer, reconnaissent que les manifestations arthritiques augmentent tous les jours de fréquence. Il en est de même, on le sait, dans la population ouvrière des villes. Quant aux familles riches, il en est bien peu qui n'en présentent pas plusieurs exemples.

Beaucoup de causes immédiates ont été invoquées pour expliquer l'apparition des états arthritiques; la grossesse et la ménopause, l'anémie, la chlorose et les affections cardiaques et pulmonaires qui restreignent l'hématose, certaines maladies infectieuses, et notamment celles qui troublent profondément les fonctions hépatiques, les intoxications professionnelles (goutte saturnine) et même les intoxications médicamenteuses. Mais quand on interroge beaucoup de malades, on s'aperçoit que ces causes n'interviennent que tout à fait exceptionnellement et que, neuf fois sur dix, l'état bradytrophique actuel est mis sur le compte de l'hérédité.

Que cache cette hérédité ? Il n'est pas impossible de le savoir quand les difficultés de l'enquête ne rebutent pas le médecin. Je dis bien difficultés, car pour un client qui connaît l'histoire morbide de ses ascendants, grands-parents, père, mère, oncles, tantes, beaucoup l'ignorent totalement et ne paraissent pas se douter de l'importance que cette histoire a pour eux-mêmes. Si cependant, après beaucoup d'interrogations, en évoquant les souvenirs des uns et des autres, on arrive à obtenir des renseignements précis, on constate ce qui suit : Parmi les ascendants immédiats de l'arthritique franc — parents, ou grands-parents, suivant les cas, — il y a eu de gros mangeurs, des pléthoriques, des gens d'aspect vigoureux, bien portants, trop bien por-

tants, dit justement Pascault. Souvent on note que ces ascendants ont été doués d'une activité très grande et que ce sont eux qui ont créé la situation et l'aisance de la famille. Les femmes, se référant à ce type, furent aussi des mères fécondes et de robustes ménagères. Mais, à partir de ces parents vigoureux, — dont quelques-uns moururent jeunes, sans avoir jamais été malades, foudroyés, pour ainsi dire, en pleine santé, — la vitalité de la famille semble décroître. Chez leurs enfants, encore florides dans la jeunesse, des troubles apparaissent à la maturité. Chez l'homme, ce sont des accidents digestifs, cutanés, des douleurs rhumatoïdes ; chez la femme, des accidents nerveux, des crises névralgiques, et une diminution de la fécondité. Parfois même les signes des formes cliniques définies de l'arthritisme se montrent déjà, obésité, diabète, goutte, migraines, etc.

Ainsi, nous pouvons remonter, comme l'a indiqué Maurel et comme chacun de nous est à même de le faire, du diathésique notoire à l'ascendant pléthorique, autrement dit de l'effet à la cause. C'est qu'en effet les relations qui les lient sont trop fréquentes pour être fortuites. Des phénomènes qui se succèdent dans le même être doivent se conditionner l'un l'autre. Mais de quelle manière ? Comment l'hyperfonctionnement de l'état pléthorique conduit-il à l'hypofonctionnement de l'état bradytrophique ?

Examinons un des gaillards sanguins que l'on trouve à l'origine de toutes les lignées arthritiques. Ils ne sont pas encore rares autour de nous. Tout le monde connaît leur habitus extérieur, mais cela ne suffit pas et il convient de l'étudier de plus près. Le cœur, le poumon, le rein semblent intacts. Il y a un peu de dilatation gastrique, un peu de ptose, mais cependant la tension abdominale reste élevée. Le foie gauche est légèrement congestionné (congestion

active) et il y a probablement de l'hypertension portale. La richesse du sang est excessive et la pression vasculaire dépasse plus ou moins la normale. Cet individu a très grand appétit et boit beaucoup ; il dort bien et longtemps. A peine, de temps à autre, est-il soumis à des accès de colère ou à des périodes de fébrilité, qui passent vite, mais son intelligence est nette et son système nerveux paraît bien équilibré, quoiqu'en incessante activité. En somme, c'est un individu dont toutes les fonctions s'exagèrent et qui, à cause de cela, se trouve momentanément protégé contre les causes occasionnelles de maladie, telles que le refroidissement, et même contre certaines infections. On en voit qui traversent indemnes, et sans précautions, les épidémies les plus sévères.

Sont-ce là vraiment des malades? Non, et cependant il est manifeste qu'ils ont dépassé l'état hygide pur. Sous leurs belles apparences, ils portent un vice qui tient en puissance tout à la fois et leur santé présente et les désordres morbides dont souffriront leurs fils : c'est l'habitude de la suralimentation.

La suralimentation est à la base de tout état pléthorique ou sanguin. Elle en explique les caractères et l'évolution, parce que, seule, elle vient fournir cette excessive richesse de matériaux nutritifs qui entraîne l'hyperfonction de tous les tissus. Avec Maurel, Pascault et d'autres, nous allons voir que cette suractivité fonctionnelle n'est pas la cause, mais bien l'effet de la suralimentation, quand elle est habituelle, continue. La question est maintenant de savoir sous quelles influences nous contractons l'habitude de nous suralimenter.

Il ne faut pas confondre l'appétit avec la faim. L'appétit est un besoin artificiel, créé et entretenu par l'habitude et

dont la satisfaction ne répond pas du tout aux mêmes nécessités que la faim. L'appétit vient en mangeant, dit un adage populaire et souvent exact, et cela nous indique par quoi il se distingue essentiellement de la faim physiologique. Or, pour manger, nous n'attendons pas que la faim apparaisse; nous n'attendons même pas toujours l'appétit; il suffit qu'il soit l'heure. Dès la plus petite enfance, l'habitude nous est ainsi imposée de manger à heure fixe, quel que soit notre besoin réel, et nos parents, les premiers, nous poussent consciencieusement au gavage. Quand nous mangeons beaucoup, ils sont fiers de nous et nous citent en exemple, tandis qu'il n'est point exceptionnel qu'on nous punisse si nous mangeons peu. D'ailleurs les gros mangeurs jouissent partout, on le sait, d'une considération qui fait bien des jaloux. Et c'est ainsi, aussi bien dans la famille qu'ailleurs, que nous nous entraînons à manger constamment plus que nous n'avons besoin. Les médecins eux-mêmes n'ont point échappé à l'influence de l'imitation : la suralimentation thérapeutique a été et est encore fort à la mode. Nul ne saura jamais les désastres causés chez les tuberculeux, les convalescents, les neurasthéniques, les enfants débiles, par ce redoutable procédé de traitement.

Mais, dira-t-on, qui prouve que nous mangeons trop ? La capacité gastrique et intestinale a des limites, et quand elles sont dépassées, des accidents notoires se produisent, indigestions, vomissements, diarrhées, etc. Or, vous reconnaissez vous-mêmes que ces gros mangeurs, ces pléthoriques, ne présentent pas de troubles digestifs manifestes. Que répondre à cela ?

D'abord, il est bien certain que, grâce à l'entraînement, à l'habitude, on peut arriver à ingérer des quantités considérables d'aliments sans en éprouver immédiatement des

inconvénients sérieux. Mais je reviendrai plus tard sur ce point. Pour le moment, il s'agit de prouver que nous mangeons effectivement trop.

Considérons en effet le rendement utile d'un individu soumis à des rations variables. Nous verrons qu'il y a un rapport entre ce rendement et la valeur de la ration, et que plus cette ration est forte, plus ce rendement est élevé, mais seulement jusqu'à une certaine ration limite, au delà de laquelle le rendement, loin d'augmenter, diminue, de telle sorte qu'il y a consommation de luxe, gaspillage alimentaire, puisque l'excès de la ration ingérée est détruit en pure perte ou s'accumule sous forme de réserves qui surchargent l'organisme d'une manière exagérée et entravent son fonctionnement. Les physiologistes, étudiant l'alimentation des animaux domestiques et de l'homme, ont établi une sorte d'échelle de correspondance entre un travail donné et la ration qu'elle nécessite. Assurément, cette échelle est approximative et globale ; elle a le grave inconvénient d'être basée sur des données énergétiques, qui laissent dans l'ombre le métabolisme des aliments minéraux et ne tiennent pas compte des réactions endothermiques de la synthèse assimilatrice. Néanmoins elle a son utilité, parce qu'elle restreint l'amplitude des erreurs que nous pouvons commettre ; en tablant sur les chiffres qu'elle fournit, nous pouvons pécher par excès (comme tendent à le prouver les expériences de Lapicque, de Hirschfeld et surtout de Peschel), mais nous sommes sûrs de ne pas pécher par défaut.

Eh bien ! si nous comparons les différents termes de cette échelle aux valeurs énergétiques des rations consommées par la majorité de nos concitoyens, nous constatons que ces dernières sont très exagérées pour les besoins et les dépenses auxquels elles sont censées répondre. Prenons, par

exemple, la consommation alimentaire du Parisien moyen, si bien étudiée par le professeur Ch. Richet. Le rendement de ce Parisien répond à une dépense énergétique de 30 calories au maximum par kilogramme, alors que sa ration fournit de 40 à 50 calories pour le même poids. Elle est donc trop forte pour les besoins réels et nous devons en conclure qu'une partie importante de la population parisienne se livre à la suralimentation continue. On peut d'ailleurs, le plus facilement du monde, se convaincre par des observations directes. Faites le calcul des dépenses énergétiques d'un de vos malades riches (1) et de la valeur calorimétrique des rations, et neuf fois sur dix vous constaterez qu'il mange trop, qu'il gaspille ses aliments; nous verrons tout à l'heure la conséquence de ce gaspillage.

En regardant autour de soi, il est aisé de reconnaître que la suralimentation n'est pas l'apanage des classes riches, de la bourgeoisie; elle se répand de plus en plus chez les ouvriers des villes; elle est notamment très visible chez les ouvriers d'art, les électriciens, qui se nourrissent d'une manière excessive, sans avoir à faire des dépenses physiques correspondantes. Lorsque j'étudiais l'alimentation collective, les restaurants populaires, les Bouillons ouvriers (2), j'ai été très frappé du choix que les ouvriers font de leurs aliments. Rien de trop bon pour eux. Suivant les saisons, huîtres et crustacés, primeurs, volailles et gibiers, constituent pour beaucoup des menus presque quotidiens. Les sauces grasses ont aussi leurs préférences, tandis que les légumes herbacés sont généralement dédaignés. Comme ces aliments

(1) On trouve dans les Traités de Physiologie et dans beaucoup de Traités d'hygiène des tableaux qui facilitent ce calcul. Voir ma *Physiologie générale*, p. 231 et suiv.

(2) *Bulletin de Thérapeutique* du 28 février 1901.

sont fort riches et tiennent peu au ventre, il n'y a rien d'étonnant à ce que les ouvriers fassent de la suralimentation. Les campagnes, elles aussi, commencent à être atteintes; le paysan se nourrit infiniment mieux qu'autrefois, mais ses excès, plus rares, sont compensés par son genre de vie et l'intensité de ses dépenses et restreints par ses instincts d'économie.

Des constatations précédentes et des enquêtes locales, comme celles de Maurel, il ressort que la suralimentation habituelle est de plus en plus répandue. Beaucoup de causes interviennent dans ce résultat, l'accroissement des richesses, l'augmentation du bien-être, le perfectionnement de l'outillage et des procédés de production, la facilité des communications, l'élévation des salaires, certaines conditions économiques, les assurances, les mutualités et autres moyens de prévoyance, qui, en garantissant l'avenir pour une somme modique, donnent plus de latitude pour la satisfaction des besoins quotidiens. Et puis il y a la contagion de l'exemple et l'effet des prédications hygiéniques. Le bourgeois, gros et gras, se gavait de viande et s'abreuvait de boissons alcooliques; l'ouvrier, qui est maintenant son égal, veut faire comme lui. De plus, on lui a dit, et il le croit, qu'une alimentation très abondante lui était nécessaire, et il en use. Il est bien excusable, car quelle raison a-t-il de se méfier de ces philanthropes qui prétendent parler au nom de la science et de la justice? Sans mesure, parce qu'ignorant et simpliste, il a donc suivi leurs conseils qui, inspirés sans doute par un bon naturel, n'en menacent pas moins de donner des résultats désastreux. Tout progrès d'un côté est compensé par une régression de l'autre, et le bien-être se paie en maladies et en déchéance précoce.

Résumons brièvement les points acquis. A la source de

toute lignée arthritique, nous trouvons la pléthore par suralimentation. La suralimentation habituelle est un fait : nous mangeons au delà de nos besoins, et cette habitude, sous l'influence des divers facteurs de la civilisation, de l'imitation, de l'entraînement, se répand de plus en plus. Le développement de l'arthritisme suit une marche parallèle et nous sommes ainsi portés à croire qu'il y a entre la suralimentation et l'arthritisme un rapport de causalité. Mais ce rapport n'est ni évident, ni prouvé, Il s'agit donc maintenant de démontrer comment la suralimentation produit l'arthritisme.

(*A suivre.*)

---

## CHRONIQUE

### Des odeurs et de leur influence sur l'organisme,

par le Dr J. Cabanes

Les parfums prendront-ils place dans la thérapeutique? Cette question, que nous avons à peine effleurée dans un précédent article, appelait plus de développement.

Nous aurions pu dire que la médecine a déjà fréquemment recours aux huiles essentielles, tantôt à l'intérieur (essence d'anis, d'amandes amères, etc.), tantôt à l'extérieur, sous forme d'alcoolats? N'a-t-on pas utilisé les propriétés odorantes des essences, pour masquer la saveur désagréable de certains médicaments (eau de laurier-cerise, de fleurs d'oranger, de roses, etc.)?

On sait avec quelle rapidité certaines substances volatiles (éther, ammoniaque, etc.) raniment les sens ou calment des accès nerveux. On a essayé, dans le même but, l'odeur de

l'héliotrope et de la vanille, qui procurent, dit-on, un soulagement dans ce que le vulgaire nomme les attaques de nerfs.

Un savant bactériologue a démontré que les vapeurs émises par la plupart des essences sont de puissants antiseptiques : le bacille d'Eberth serait tué, en douze minutes, par l'essence de cannelle ; en trente-cinq, par celle de thym ; en quarante-cinq, par la verveine de l'Inde ; en cinquante, par le géranium ; en soixante-quinze, par l'origan ; en quatre-vingts, par le patchouly. La lavande et l'eucalyptus auraient également un grand pouvoir bactéricide.

Plus récemment, le Dr Antoine Combe (1) a signalé des cas dans lesquels l'inhalation de certaines substances, notamment d'éther, de chloroforme ou d'ammoniaque, donnait lieu à une crise d'hystérie ; en outre, il a observé deux malades, que l'odeur de certains parfums plongeait dans l'hypnose.

Chez l'une, l'essence de bergamote, sans qu'il y ait la moindre suggestion, provoqua un état d'hypnose absolument analogue à celui qu'on peut provoquer par la fixation du regard ou d'autres moyens hypnogènes. Avec le géranium rosat, l'essence de cannelle, de lavande, de cédrat, de menthe, on a obtenu le même résultat : ces parfums endorment la malade en cinq ou six secondes. Au contraire, l'essence de girofles, d'eucalyptus, de citron, de poivre, n'ont rien produit.

Certain jour, une malade, étant allée pour son travail dans une maison où il y avait profusion de parfums, s'endormit au point qu'on dut aller chercher un médecin, pour la tirer de cette situation à laquelle on ne comprenait rien. Elle fut

(1) *Influence des parfums et des odeurs sur les névropathes et les hystériques.* Thèse de Bordeaux, 1903.

guérie, du moins momentanément, de cette disposition morbide, par la suggestion.

Une seconde malade, hystérique, était endormie de la même manière par le musc, la violette, le chypre, l'héliotrope. Diverses autres substances ne produisaient rien. Chez une troisième malade, également grande hystérique, le chypre seul produisait l'hypnose (1).

Quoi qu'il en soit de ces expériences, l'influence des parfums et des odeurs sur l'organisme est indéniable. Et la constatation de ces effets date de loin.

Sans nous arrêter à des faits légendaires, comme le cas de Démocrite, se soutenant en vie par l'odeur seule du pain chaud, pendant trois jours (2), nous pourrions citer l'exemple de Louis XI, qui s'était soumis avec une absolue confiance à ce que l'on a appelé l'*osméthérapie* (3). Ce monarque valétudinaire avait fait quérir, par deux hommes à cheval, des brassées de roses, dans le pays où elles viennent en abondance, à Provins, « pour mettre ès chambres et retraicts ». On était allé, aussi, cueillir, à son intention, du romarin, de la marjolaine, des violettes, des églantiers, qui devaient, vraisemblablement, servir à des infusions (4).

La médecine du temps prescrivait, en outre, d'égayer la chambre du malade avec des « verdures », c'est-à-dire des plantes non odoriférantes. Sans doute avait-on déjà observé qu'il était dangereux de laisser des fleurs dans la pièce où l'on couchait. Qui ne sait, en effet, qu'il suffit de pénétrer dans un appartement clos, où il y a des tubéreuses, du chè-

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 février 1904.

(2) *Bulletin de Pharmacie*, t. IV, p. 199, note 1.

(3) Le mot est de Brachet, un philologue émérite, qui l'a employé dans sa *Pathologie mentale des rois de France*, pp. LXXII, LXXXVIII, etc.

(4) On lui rapportait aussi de l'hysope, de la rue, que Gordon, le grand médecin du moyen âge, préconisait, en fumigation, contre le *mal caduc*.

vrefeuille, des lys, des giroflées, pour éprouver du malaise ou de la céphalalgie? On dit communément que ces fleurs *entêtent*, l'expression est très exacte. Peut-être les névropathes sont-ils plus affectés que d'autres : les nerveux, les sensitifs, sont plus sujets à être impressionnés, et cela se conçoit, mais la ligne de démarcation entre la névropathie et l'état sain n'est pas toujours aisée à délimiter et mieux vaut admettre, comme règle de conduite, qu'il est prudent de retirer les fleurs d'une pièce où l'on doit dormir.

*
* *

Nombre d'accidents ne sont imputables, en effet, qu'à l'oubli de cette sage prescription.

MAGENDIE racontait (1) que, pendant l'un de ses voyages à Londres, une dame, habituellement bien portante, fut trouvée un matin morte dans son lit. L'autopsie n'ayant révélé aucune lésion, il lui parut constant, ainsi qu'aux autres médecins chargés de l'enquête, qu'elle avait succombé à un empoisonnement produit par un gros bouquet de lis placé, la veille, sur la cheminée de sa chambre, laquelle était petite et un peu basse.

Cet exemple n'est pas unique. On a souvent relaté l'histoire de cette jeune fille qui meurt dans une chambre où l'on avait laissé des lis; de cet officier qui s'endort, de son dernier sommeil, dans une alcôve décorée de branches de laurier-rose.

Des fruits à odeur pénétrante, tels que des coings, des citrons, ont produit des malaises plus ou moins durables. Mais peut-être y a-t-il eu, sur ce point, quelque exagération; il convient de débrouiller la part de légende qui se mêle à certaines vérités.

(1) Cf. *Toilette d'une dame romaine au temps d'Auguste*, par le Dr Constantin JAMES, p. 174.

Légende, l'histoire du mancenillier, dont l'atmosphère ambiante serait mortelle à qui s'endort sous son feuillage : cela ne se voit que dans l'*Africaine*, car le mancenillier n'a jamais tué personne; de même, lorsqu'on se couche à l'ombre d'un noyer, c'est un refroidissement qu'on risque, non un empoisonnement.

Légende encore, ou tout au moins fort exagéré, le récit de naturalistes (1) prétendant que les parties subtiles et odorantes de la bétoine fleurie sont si vives que les jardiniers, en arrachant cette plante, deviennent ivres et chancellent comme s'ils avaient bu (2).

Ce qu'il y a de certain, c'est que des bouquetières, malgré leur habitude, sont incommodées par le parfum des fleurs; l'incommodité va parfois jusqu'à l'évanouissement (3). La violette, la rose, sont mal supportées par bien des personnes. Une jeune femme, observée par le Dr Cartaz (4), se trouvait mal, chaque fois qu'on approchait d'elle de la fleur d'oranger. Un militaire tombait en syncope à l'odeur d'une pivoine. Une jeune personne ne pouvait sentir une rose sans éprouver un véritable accès de coryza aigu; une autre présenta dans les mêmes conditions tous les signes d'une ophtalmie.

Une fleur qui incommode beaucoup de personnes est le troëne du Japon (*Ligustrum Japonicum*), plante de la famille de l'olivier, arbre à inflorescence blanche s'épanouissant en juillet. Il en est de même du « Pittosporum », qui répand au printemps une odeur suave.

(1) Valmont de Bomare.

(2) *Journal des Débats* (feuilleton de H. de Parville), du 2 mai 1894.

(3) V. un article de M. Liotard, dans la *Nature*, du 28 novembre 1903.

(4) Article sur le *Parfum des fleurs*, paru, il y a quelques années, dans la *Nature*.

Une plante qui agit beaucoup sur le cerveau est la tubéreuse, dont chacun connaît l'odeur pénétrante. Vient ensuite la belle-de-nuit (*Mirabilis Jalapa*). L'odeur de ces deux fleurs est surtout vive le soir. La belle-de-nuit n'est odorante qu'à partir du coucher du soleil ; on peut voir de nombreux papillons de nuit, attirés par l'odeur pénétrante, venir butiner sur ces fleurs à la tombée du jour.

Il est des personnes qui ne peuvent supporter l'odeur du jasmin ou celle du lilas.

Le *Datura arborescens*, à grandes fleurs blanches, que l'on trouve dans beaucoup de jardins à Nice, Cannes et Menton, répand le soir une odeur capable d'alourdir la tête jusqu'au sommeil, chez certaines gens (1).

On a beaucoup discuté sur la cause de ces accidents. Pour le Dr Cartaz, il s'agit vraisemblablement d'une action toxique, produite par l'absorption lente et continue, par les voies respiratoires, des huiles essentielles odorantes. Ces huiles sont, toutes, des éthers composés, des hydro-carbures, qui ont une action énergique sur les systèmes vasculaire et nerveux. Dans les fabriques de parfums, l'intensité des émanations est souvent pénible pour le visiteur, quelle que soit la finesse du produit distillé.

Mais cette action des essences et des émanations odorantes n'est certainement pas seule en cause. La viciation de l'atmosphère est augmentée du fait des décompositions chimiques qui amènent une augmentation de l'acide carbonique dans l'air et, partant, des menaces sérieuses d'asphyxie.

Certaines plantes n'exhalent leurs parfums que dans l'obscurité. BOUSSINGAULT pensait même qu'il devait y avoir production d'une certaine dose d'oxyde de carbone ; ce qui

(1) *La Nature*, 1903, *loc. cit.*

n'est pas, comme on l'a prouvé par des dosages, plus précis, de l'air ambiant.

Plus les fleurs ont des parfums pénétrants, plus les conditions de température sont élevées, et plus faciles peuvent être les cas d'intoxication de ce genre. Dans les forêts des régions tropicales, on est saisi par ces émanations intenses, auxquelles se joignent évidemment celles provenant de la décomposition des végétaux tombés sur le sol. D'autre part, il n'est pas douteux que le parfum des fleurs détermine des désordres nerveux, dont la cause est souvent malaisée à déterminer.

L'abus des parfums artificiels a occasionné bien des débilités nerveuses, bien des troubles spasmodiques (1). JOAL, qui a fait de la question une étude approfondie, montre que ces phénomènes sont loin d'être des raretés pathologiques; et, en fouillant dans la littérature médicale, il y a relevé nombre d'observations, qui lui ont permis d'établir l'existence d'un *vertige olfactif* (2), qu'il s'est attaché à bien décrire.

A ne consulter que les Dictionnaires de médecine les plus accrédités, ceux de JACCOUD et de DECHAMBRE, on constate qu'il n'y est nullement question de l'influence nocive des odeurs; et cependant les annales de la médecine en signalent de multiples cas.

LESSER (3) dit, à propos des cantharides, que « l'odeur

(1) Ce qui démontre, au surplus, que les odeurs, en général, les parfums des fleurs, en particulier, ne sont pas indifférents pour les nerfs, c'est ce fait, rapporté par KOSSAKOWSKI (*Essai de médecine*, p. 51), et qui est de notion courante : lorsqu'un enfant a des convulsions qui lui font serrer les dents, la simple odeur d'une plume d'oie, brûlée sous le nez de l'enfant, lui fait aussitôt desserrer les dents, en calmant son spasme nerveux.

(2) *Vertiges et odeurs*, par le Dr JOAL, du Mont-Dore. Paris, Rueff, 1901.

(3) *Théologie des insectes.*

de ces insectes donne des vertiges à ceux qui restent longtemps exposés à leur influence ».

Guersent (1) parle de vertiges et de nausées, déterminés par l'odeur de la rose sur certaines personnes : ces cas rentrent dans la catégorie des idiosyncrasies, comme les deux qui suivent.

Un botaniste, du nom d'Ehret, fut pris de vertiges, en dessinant l'œnanthe safranée ; il fut obligé, à différentes reprises, d'interrompre son travail et d'aller respirer l'air frais du dehors pour faire disparaître ces troubles (2).

La seconde observation est plus démonstrative (3).

Le savant Fodéré, ayant cueilli dans la campagne une belle fleur, l'*atropos mandragora*, la plaça, par inadvertance, sur la table de son cabinet de travail. Etant resté quelque temps dans cette pièce, dont les portes et les fenêtres étaient fermées, il éprouva de la faiblesse, des vertiges, puis une langueur telle qu'il avait de la peine à se soutenir.

Les croisées furent ouvertes, la fleur enlevée et les accidents cessèrent.

Ce vertige olfactif, un romancier, qui fut parfois un bon observateur, l'a nettement mis en évidence dans deux de ses œuvres : *la Faute de l'abbé Mouret* et *l'Assommoir*.

Dans le premier de ces romans de Zola, Serge se trouve dans le Paradou, au lever du jour ; il sent venir le matin dans un souffle tiède. « Il le respire venir avec les parfums qu'il cueille dans sa course, l'odeur de la terre, l'odeur des bois ombreux, l'odeur des plantes chaudes, l'odeur des bêtes vivantes, tout un bouquet d'odeurs *dont la violence allait jusqu'au vertige*. » Plus loin, nous relevons ce passage :

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, 1818.

(2) *The Lancet*, 1841.

(3) Debay, *Les parfums et les fleurs*.

« Des mandragores, des ciguës, des ellébores, des belladones, *montait un vertige* à leurs tempes, un assoupissement qui les faisait chanceler aux bras l'un de l'autre, le cœur sur les lèvres. »

Ce vertige a été personnellement observé par Joal, plusieurs fois, et notre confrère le considère comme une variété du vertige nasal. Les corps caverneux devenant facilement turgides, chez les sujets atteints de nervosisme, il suffit d'influences aussi légères que variées pour occasionner des réplétions sanguines de la muqueuse (congestion pituitaire, épistaxis), ou des névropathies réflexes (migraines, vertiges, syncope, etc.).

Les accidents sont occasionnés par les parfums les plus suaves, aussi bien que par les exhalaisons les plus désagréables. Le vertige peut être produit par les senteurs de la rose, du lilas, de l'héliotrope, du jasmin, de la jacinthe, du mimosa. D'autres incriminent le musc, la civette, le patchouli. Tel individu, affecté par l'une de ces odeurs, jouira d'une immunité complète par rapport aux autres.

Il est bien difficile de fournir une explication satisfaisante de ces bizarreries. Tout cela résulte probablement « d'idiosyncrasies olfactives, que l'on rencontre chez les gens à sensibilité excessive, à réaction réflexe accentuée, qui sont en général arthritiques et neurasthéniques (1). »

***

Ce ne sont pas les seules particularités intéressantes qui aient été relevées touchant les odeurs. Il en est qui agissent d'une façon spéciale sur l'appareil digestif. Certaines odeurs sont purgatives. N'a-t-on pas rapporté (2) que des femmes

(1) Dr Joal, *Vertiges et odeurs*. Paris, J. Rueff et Cie, 1901.

(2) *Journal général de médecine*, t. III (mai 1815), p. 144.

ont été purgées par la seule odeur de la boutique d'un apothicaire?

VAN HELMONT discute, dans plusieurs chapitres de son ouvrage (1), les effets des parfums sur la production non seulement des nausées, des vomissements, du vertige, mais encore de l'épilepsie, de la *dysenterie* et autres affections.

LÉMERY raconte (2) « que deux personnes qui restèrent, durant cinq ou six heures, dans une chambre où il y avait des roses pâles, furent violemment purgées par haut et par bas ».

DEBAY relate que l'odeur seule de l'anis produisait un puissant effet carminatif sur Voltaire, qui s'en déclarait fort incommodé.

HAHNEMANN (*Ephem. Nat. Cur.*) parle d'un habitant de Copenhague qui, dans sa jeunesse, éprouvait de violentes coliques, lorsqu'il flairait des citrons. Il légua cette susceptibilité nerveuse à ses enfants, qui, jusqu'à l'âge de vingt ans, montrèrent la même sensibilité à l'action du citron, et qui, plus tard, furent pris de hoquet chaque fois qu'ils sentaient une pomme de reinette.

BRUYERINUS (*De re cibaria*) dit que le frère de Jean Quercet, secrétaire de François I[er], avait une perte hémorroïdale sous l'influence de l'odeur des pommes cuites. Les pommes de reinette et les pommes d'api amenaient des saignements de nez et de fortes quintes de toux chez Jean Quercet et chez un autre de ses frères (3).

La racine d'ellébore blanc provoque des vomissements chez ceux qui la cueillent; la putréfaction des ani-

(1) *Opera omnia*, 1682.

(2) *Mémoires de l'Académie des Sciences*, 1699.

(3) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 juillet 1903.

maux, l'odeur cadavérique produisent parfois les mêmes effets.

*
* *

On peut mettre quelques-uns de ces accidents sur le compte de la prévention ou d'un nervosisme exagéré. CAPELLINI parle d'une dame qui ne pouvait, disait-elle, souffrir l'odeur de la rose. Un jour, recevant la visite d'une de ses amies, qui portait sur elle une de ces fleurs, elle s'évanouit rien qu'à sa vue : or, la rose était artificielle! Mais il est bien d'autres cas où les faits observés ne sont que trop réels.

Les odeurs dégagées du corps des êtres vivants ont des effets nuisibles, lorsqu'elles sont concentrées sous un faible volume ou dans un espace restreint. Ainsi, quand on pénètre le matin dans une chambrée, on ressent une impression de malaise qui doit être attribuée à l'odeur dégagée, pendant la nuit, par tous ceux qui l'ont habitée. D'aucuns ont objecté que cette impression est due à la raréfaction de l'oxygène de l'air; mais des analyses ont démontré que, presque toujours, l'oxygène contenu dans cet air y est dans une proportion satisfaisante (1).

Des odeurs animales sont tellement puissantes qu'elles provoquent des accidents graves (2) : lorsqu'un chasseur enlève, sur le daim porte-musc, la poche qui contient la précieuse substance, il a soin de se couvrir le nez et la bouche avec un linge plié en plusieurs doubles, sans quoi il éprouve des hémorragies violentes, par la force seule de l'odeur.

*
* *

Nous avons parlé, à maintes reprises, des syncopes pro-

---

(1) TARDIF, *Etude critique des odeurs et des parfums.*

(2) Cf. CHARDIN, *Voyage aux Indes;* TAVERNIER, *Voyage en Perse,* 1712, etc.

duites sous l'influence de parfums ou d'odeurs. Ces syncopes, de provenance olfactive, ont été notées dès le seizième siècle, et peut-être en découvrirait-on des observations antérieures.

En 1530, AMATUS LUSITANUS parle d'un moine qui tombait en syncope en flairant une rose. SCALIGER assure, de son côté, qu'une de ses parentes avait une syncope à la vue d'un lis, et pensait qu'elle succomberait, si elle persistait à en sentir l'odeur. Conrad SCHNEIDER a observé une femme qui se trouvait mal quand elle respirait des fleurs d'orangers (1); une autre dame ne pouvait supporter, sans perdre connaissance, les senteurs des roses *rouges*, tandis qu'elle mettait, sans inconvénient, des roses blanches dans sa coiffure (2).

L'odeur des pommes faisait tomber en lipothymie un habitant de Copenhague (3); l'odeur de la menthe produisait le même effet sur une jeune fille (4). Une religieuse montrait pareille susceptibilité à l'égard du bois de sassafras (5).

PORTAL (6) a entendu PETIT, dans ses leçons, parler d'une dame qui se trouvait mal chaque fois qu'un chat se promenait dans son appartement, même à son insu; les émanations du lièvre provoquaient des faiblesses chez le duc d'EPERNON; celles du bouc, chez Mlle CONTAT; celles du fromage, chez le célèbre HALLER (7).

(1) *De Catarrhis.*
(2) S. LEDEL, dans *Ephémér. des Cur. de la Nature.*
(3) HAHNEMANN.
(4) GOTT REUSNER.
(5) PANAROLUS, *Iatrologismorum*, 1654.
(6) *Anat. méd.*, 1804.
(7) *Odeurs et troubles cardiaques*, par le Dr JOAL. Paris, Rueff, 1905.

Le peintre VINCENT ne pouvait séjourner dans une chambre où se trouvaient des roses, sans être rapidement affecté d'une violente céphalalgie, suivie de syncope (1). Chez un autre sujet, les œillets provoquaient pareil phénomène (2).

ORFILA (3) a connu une dame de forte constitution, âgée de 56 ans, qui ne pouvait séjourner dans un lieu où était préparée une décoction de graines de lin, sans avoir la face considérablement tuméfiée, et sans que se produisît, à la longue, une syncope.

Quelques auteurs ont émis l'opinion que les phénomènes cardiaques observés diffèrent suivant la nature de l'agent odorant. En réalité, « si certains parfums diminuent l'activité cardiaque chez tel sujet, ils l'augmentent chez tel autre, d'après la variété de réaction bulbaire que fournit l'individu » (JOAL).

Aujourd'hui, on connaît bien les rapports qui existent entre certains troubles nerveux du cœur et les rhinopathies. La preuve en est qu'on a pu guérir de violents accès de palpitations en cautérisant les cornets, ou en extirpant des polypes muqueux du nez.

Les palpitations paroxystiques figurent au nombre des symptômes relativement fréquents des affections nasales. St. von STEIN (4) a examiné 530 individus porteurs de lésions nasales et, cinquante fois, il a noté des palpitations, de l'angoisse et de la cardialgie. Enfin, dans un récent travail (5) sur les névroses nasales réflexes, KUTTER fait mention de la tachycardie, de la syncope, de la cardialgie, de la fausse angine de poitrine et du goitre exophtalmique.

---

(1) BARTHÉLEMY, Thèse de Paris, 1811.
(2) SAUCEROTTE et DIDELOT, *Prix de l'Acad. de chir.*, t. V.
(3) *Traité des poisons*, 1815.
(4) *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1889.
(5) Il date de 1904.

Les odeurs ont donc une relation évidente avec certains troubles cardiaques.

*
* *

L'influence des fleurs et des parfums sur la voix a été mise en lumière, à la suite de l'enquête que nous avons entreprise, il y a quelques années (1), auprès des personnalités les plus autorisées (chanteurs et cantatrices, professeurs de chant, laryngologistes, etc.). Il résultait des informations recueillies que des fleurs, même peu odorantes comme la violette, le mimosa, la jacinthe, sont aussi nocives que d'autres au parfum plus pénétrant, comme le lis ou la tubéreuse.

Tel sujet qui supporte la rose, par exemple, a des troubles vocaux s'il respire le lilas ou la violette. Le lilas blanc a causé une aphonie complète, qui n'a disparu qu'au bout d'un quart d'heure, au grand air, chez une chanteuse connue.

D'autres artistes attribuent leur raucité à la chaleur, à l'état nerveux, à une fatigue antérieure ; mais le plus grand nombre a constaté des enrouements passagers, une diminution de la pureté et de l'étendue de la voix, sous l'influence de certaines odeurs ou de certains parfums, même artificiels. Le professeur Layet (de Bordeaux), qui a étudié les maladies des parfumeurs, a spécialement mis au point la question du *vanillisme* professionnel (2).

En réalité, il convient, dans cette question de l'influence des odeurs sur l'organisme, de ne pas trop généraliser. Celles-ci peuvent certainement provoquer des troubles, et qui sont d'autant plus accusés que l'organisme est plus suscep-

(1) Nous en avons donné le résultat dans nos *Curiosités de la médecine* ; c'est là qu'ont puisé tous les auteurs qui en ont parlé après nous et, le plus souvent, sans indiquer la source.

(2) Cf. l'article *Vanillisme*, du Dictionnaire Dechambre.

tible. La plupart des sujets qui sont impressionnés sont des névropathes ou des neuro-arthritiques, et c'est à chacun de nous à se mettre à l'abri des émanations que l'on sait être nocives. Il n'y a pas de règle fixe à établir à cet égard; c'est le plus souvent affaire de tempérament individuel, d'idiosyncrasie.

## ERRATUM

Par suite d'erreur dans l'imposition du texte, d'une part, et d'erreur de traduction d'autre part, le numéro du 8 juin dernier, page 826, présente quelques incorrections qui demandent à être rectifiées.

Dans cet article, consacré à une Revue de Thérapeutique étrangère, le chapitre relatif au *Validol* se termine par les deux lignes suivantes : « Enfin, à l'extérieur, on en fera des applications sous forme de pommade à la théolactine à 10-15 p. 100, contre l'eczéma et le prurigo. » Ces deux lignes doivent être rapportées à l'article suivant (*Théolactine*) et n'ont rien à voir avec le validol, médicament interne, antispasmodique et anesthésique de la muqueuse de l'estomac.

Dans l'article consacré à la Théolactine, sel double de théobromine et de soude combinées à l'acide lactique, le traducteur dit que « le commerce livre le médicament en pastilles ou comprimés ». Il y a là une erreur de fait : la théolactine est livrée en nature, elle peut être certainement mise en comprimés, mais les ordonnances doivent être exécutées avec la poudre de théolactine, sous la forme magistrale, comme pour tous les autres diurétiques de même genre.

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ETRANGERS

## Thérapeutique médicale.

### L'hémorragie cérébrale et la pression barométrique.

On sait que l'hémorragie cérébrale est constituée par un épanchement de sang dans le cerveau. Bien des gens ainsi frappés ont ce qu'on appelle la constitution apoplectique, le cou court, la face congestionnée. Comme dans la plupart des maladies, les causes de l'hémorragie cérébrale sont multiples; mais à côté de causes secondaires ou rares, telles que les altérations du sang, les affections du foie, des organes glandulaires, il existe une cause prédominante, c'est l'altération des vaisseaux. L'artère devenue friable se rompt, constituant le fait initial, alors que l'hémorragie est le fait consécutif.

Tout l'intérêt de la question se concentre sur les lésions vasculaires, constituées en dernière analyse par de petites ectasies, d'anévrysmes miliaires. Ces petits anévrysmes qui ont en moyenne un demi-millimètre de diamètre finissent par se rompre et l'hémorragie se produit. Chez les individus ainsi prédisposés l'excès de tension vasculaire que produisent l'hypertrophie cardiaque, les efforts, les émotions, le refroidissement brusque est une cause occasionnelle.

On a déjà attiré l'attention, particulièrement M. R.-H. Walter, sur le rôle que joue, dans la production de l'attaque d'apoplexie chez les prédisposés, une pression barométrique élevée, surtout quand elle succède à une période de dépression plus ou moins continue. On a pensé que la brusque élévation de la pression sanguine pouvait influencer défavorablement des artères déjà fragiles.

Depuis lors, un certain nombre d'autres auteurs, notamment MM. Léon et Barton, ont cherché à attribuer ce même rôle étiologique non pas à la pression atmosphérique, mais aux oscillations de la température. M. Russell nous apprend dans le *Lancet* qu'ayant

colligé, dans un autre but, toutes les observations d'hémorragie cérébrale recueillies au Birmingham General Hospital depuis l'été de 1885 jusqu'à la fin de 1902, il eut l'idée d'utiliser ces matériaux en vue de se rendre compte de l'influence qu'exercent les conditions atmosphériques sur la fréquence de l'accident en question. Toutefois, comme la publication périodique qui lui fournit les indications météorologiques nécessaires ne commença à paraître qu'en 1891, il dut naturellement laisser de côté toutes les observations antérieures à cette date, et, en définitive, son enquête porte sur 66 cas avec issue fatale, pour lesquels le diagnostic d'hémorragie cérébrale fut confirmé par l'autopsie, et sur 62 autres faits non mortels et dont le diagnostic n'est, par conséquent, pas aussi certain.

La pression barométrique moyenne était de 73 cm. 44, l'auteur trouva que, sur 66 cas mortels d'hémorragie cérébrale, 37 survinrent lorsque la pression était au-dessus de la moyenne, et 29 seulement les jours où elle était inférieure à cette moyenne ; pour le second groupe de faits (hémorragie non fatale), 34 se produisirent à une pression supérieure à la moyenne et 28 quand le baromètre était au-dessous de la moyenne. Ces chiffres paraissent donc indiquer que l'attaque d'apoplexie est plus fréquente pendant les jours à forte pression barométrique, les cas de cette catégorie étant, par rapport à ceux qui correspondent à une pression inférieure à la moyenne, comme 5 est à 4 (exactement 71 contre 57).

D'autre part, M. Russell a cherché à se rendre compte si, à côté de la hauteur absolue du baromètre, les variations de la pression interviennent exactement en tant que facteur étiologique de l'apoplexie. Là encore, il trouva 71 cas survenus pendant que le baromètre montait contre 57 qui coïncidaient avec une pression en baisse.

Quant à la température, on admet généralement que l'hémorragie cérébrale est beaucoup plus fréquente pendant la saison froide qu'au cours de l'été. Les recherches de l'auteur confirment bien ce point, puisque, sur 241 cas admis à l'hôpital depuis 1885, il en a compté 134 qui se rapportaient aux périodes allant de

novembre à avril inclusivement, et 107 seulement du mois de mai à octobre. Mais cette influence saisonnière mise à part, M. Russell fut à même de constater que les fluctuations journalières de la température n'exercent, par elle-mêmes, aucun effet sur la fréquence des attaques d'apoplexie. C'est à peine si l'on remarque une légère augmentation des cas d'hémorragie cérébrale les jours où le thermomètre monte. Associée ou non à une hausse barométrique, cette élévation de la température semble quelque peu favoriser l'éclosion de l'attaque.

Quant à l'influence des vents, Russell a montré que les vents à basse pression sont les plus favorables à l'hémorragie cérébrale (92 cas contre 36 seulement survenus les jours où la pression du vent était au-dessous de la moyenne). Un vent à basse pression coïncidant avec une haute tension barométrique semble constituer la condition la plus propice à l'accident.

**Traitement de l'ostéomalacie avec les préparations surrénales.** — Le Dr Er. PUPPEL (*Zentralbl. f. Gynäkologie*, 1907, no 49) rapporte 2 cas d'ostéomalacie observés chez deux femmes enceintes et traités par des préparations d'adrénaline.

Le premier cas concerne une femme de dix-neuf ans IIpare, qui guérit après avoir reçu, à des intervalles de trois à quatre jours, en tout quatre injections de 1 cc. de solution d'épinéphrine à 1 p. 5.000, c'est-à-dire 0 gr. 0008 de substance active, tandis que le deuxième cas se rapporte à une femme de trente-quatre ans VIIIpare qui reçut, sans aucun succès, en tout, trois injections de 1 cc. à 1 p. 5.000 = 0 gr. 0006 d'épinéphrine, 5 injections à 1 p. 4.000 = 0 gr. 00125 et une injection de 1 cc. et demi à 1 p. 4.000 = 0 gr. 000375, ce qui fait en tout 0 gr. 0022 d'épinéphrine, c'est-à-dire trois fois plus que dans le premier cas.

L'auteur conclut que, vu les dangers auxquels on expose les malades avec les hautes doses d'adrénaline, et vu l'inconstance des succès obtenus par les différents praticiens, il ne faut réserver cette méthode qu'au cas où les rapports du bassin sont encore

normaux, pour permettre à la grossesse d'évoluer normalement sans avoir recours à la castration. En tout cas, il faudra procéder par tâtonnements et par doses progressives, car il a pu constater de nombreux symptômes d'intolérance tels que vomissements, syncopes, palpitations, angoisse précordiale.

**Traitement des lésions rénales sous-cutanées.** — A. FRANK (*Arch. f. klin. Chirur.*, vol. 83, n° 2) rapporte 39 cas de lésions rénales sous-cutanées. Dans 9 cas, il s'agissait de ruptures des reins accompagnées d'autres traumatismes graves; dans 30 cas, il s'agissait d'une lésion isolée. Ces accidents, dans 22 cas, étaient dus à des coups portés sur la région rénale et, dans 15 cas, étaient produits indirectement par des chutes de lieux élevés, sans qu'il y ait de prédominance marquée des lésions pour un des reins.

Le traitement fut exclusivement symptomatique, sauf dans 2 cas de suppuration, où une intervention chirurgicale s'imposait. Les traumatismes traités immédiatement, jamais on n'observa de suppuration, et partout où c'était possible, on évita le cathétérisme. Contre le collapsus, on recourut aux excitants, au repos au lit, à la vessie de glace, à l'opium, et contre l'hémorragie, à l'ergotine, à l'adrénaline et aux injections de gélatine.

Sur 24 malades, 22 furent guéris complètement et furent capables de reprendre leur travail.

## Pédiatrie.

**La sous-alimentation des nourrissons.** VARIOT (*Rev. Int. de méd. et de chir.*). — On a beaucoup insisté, en ces dernières années, et avec juste raison, sur les dangers de la suralimentation des nourrissons, mais il ne faut pas que la crainte d'un danger fasse tomber dans un autre.

A l'opposé de la suralimentation, M. Variot, à la Société de pédiatrie, le 15 janvier dernier, a montré les dangers de la *sous-alimentation*, excès par défaut, par lequel le nourrisson trop rationné ne trouve plus dans l'alimentation qu'on lui donne de

quoi faire les frais de la nutrition et de l'accroissement de ses tissus.

La ration alimentaire, calculée par M. le professeur Maurel de Toulouse à 100 grammes par kilogramme et acceptée par Budin, pèche par défaut. Dans au moins 20 cas, M. Variot a vu des enfants victimes de cet aphorisme, dont deux observations lui paraissent absolument typiques.

Pour un premier enfant, la mère avait peu de lait et ne donnait que 300 grammes par jour. Et quoique inanitié, l'enfant vomissait, le poids baissait, ; il ne pesait que 2 kgr. 600 à 31 jours. M. Variot donne le citrate de soude à cause des vomissements et remplace le lait maternel par du lait stérilisé Gallia, mais à 600 grammes. Il fait reprendre du lait maternel à 500 grammes au lieu de 300 grammes et l'enfant gagne 20 grammes par jour.

Le deuxième cas est un enfant, vu en ville, allaité par la mère. Il pesait 3 kgr. 500 en naissant. Au bout de 15 jours, cessation du lait maternel et allaitement au lait stérilisé Gallia, mais seulement à 100 grammes par kilogramme. L'enfant reste maigre, vomit un peu. Avec le même lait, mais à 500 grammes par jour, il reprend et se développe convenablement.

Chez un autre enfant de 5 mois de 4 kgr. 500, on donnait 500 grammes de lait et 500 grammes d'eau. Même résultat désastreux, mais ici l'enfant n'a pas été suivi pour que l'on puisse se renseigner.

En ville, M. Variot a vu beaucoup d'enfants ainsi sous-alimentés.

La ration de M. Maurel (100 grammes par kilogramme) est une ration d'entretien, mais pas de croissance. Elle est trop faible. Il est vrai que M. Maurel ajoute qu'on peut augmenter dans les premiers mois, diminuer dans les suivants. Il n'en reste pas moins pour les médecins et le public une formule. Or cette formule est absolument fausse.

L'enfant doit prendre non un dixième de son poids, mais un septième comme ration moyenne dans les premiers mois. Heub-

ner (de Berlin) dit même un sixième de son poids le premier trimestre, le septième, le second trimestre, pour le lait de femme.

Comme il n'y a pas une très grande différence calorigène entre le lait de femme et celui de vache, on peut donner à peu près la même quantité des deux laits.

Les hypotrophiques restent à part : hyperrayonnants, en général, ils ont besoin de plus d'aliments que les enfants sains.

Les accoucheurs qui voient surtout des enfants au sein peuvent peut-être se tenir à la formule de Maurel. Les pédiâtres qui suivent les enfants ne le peuvent pas.

## FORMULAIRE

### Des précautions à prendre dans le traitement par les injections d'huile grise.

M. QUEYRAT a résumé à la *Société médicale des hôpitaux* (séance du 3 avril 1908) les précautions à son sens indispensables pour éviter les accidents dont a été accusé ce genre de traitement. Il faut d'abord s'assurer que les urines ne contiennent pas d'albumine, que les dents et la muqueuse gingivo-buccale sont en bon état. L'hygiène de la bouche devra être tout particulièrement surveillée, les dents brossées avec une brosse plutôt molle enduite de savon dentaire dont il donne la formule suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Savon amygdalin................. | | 40 gr. |
| Glycérine neutre................. | | 25 » |
| Extrait de ratanhia............... | ââ | 1 » 40 |
| Borate de soude.................. | ââ | 1 » 40 |
| Essence d'anis.................... | | 1 » 50 |
| — de menthe............... | | 7 » 40 |

Tenir grand compte des nodosités dans l'application du traitement qui ne doit être continué que quand elles ont disparu et calculer les doses à injecter d'après le poids du sujet.

*Le Gérant* : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

# CHRONIQUE

**Le Congrès pour la répression des fraudes sur les matières alimentaires et pharmaceutiques. — La tromperie sur la qualité de la marchandise. — Contradictions entre les besoins qui sont reconnus et l'interprétation juridique.**

Un congrès fort intéressant vient d'avoir lieu à Genève, et, par extraordinaire, le nombre des Français qui y assistèrent fut considérable. La valeur des congressistes français fut même assez grande pour nous permettre de prendre dans les discussions une situation très honorable et pour exercer une grosse influence sur les décisions prises à la fin des séances.

On a fait là de la très bonne besogne, en décidant que le beurre devait être fait avec la crème du lait et le vin avec le jus du raisin, que l'on n'avait pas le droit d'appeler *cognac* l'alcool distillé ailleurs que dans les Charentes, et *champagne* un vin fait à Saumur ou ailleurs. On conviendra que ces décisions sont extrêmement justes. Même, à première vue, les esprits simplistes seraient tentés de prétendre qu'autrefois M. de la Palisse avait déjà formulé des avis du même genre. Ces critiques seraient sans valeur, car dans la situation actuelle, on est obligé de mettre les points sur les *i*, et de rappeler au bon sens les industriels aussi bien que les consommateurs.

Rien de plus rare aujourd'hui que des denrées dont la composition réponde véritablement au nom qui figure sur l'étiquette. On vend couramment du beurre qui n'a jamais connu la vache, du vin qui ignore la vigne, et des sirops où n'entre pas une trace de sucre véritable, c'est-à-dire de saccharose. Les champagnes sont fabriqués partout, et quant aux cognacs, ceux qui viennent de la Charente font une rare exception. Il était donc naturel que les pouvoirs publics fussent amenés à se préoccuper, dans l'intérêt du public, et même du commerçant honnête, de l'introduction

abusive de la chimie dans la préparation des substances alimentaires.

*
* *

Comme on l'a vu dans le titre du Congrès, on a eu l'intention à Genève de s'occuper également de la fraude des médicaments. C'est là une excellente intention, car, en pharmacie aussi bien que dans l'industrie des substances alimentaires, on en est arrivé à frauder sur la qualité de la marchandise, ce qui peut entraîner de très graves inconvénients.

Depuis quelque temps les pharmacologues se sont émus de voir donner à des médicaments des désignations qui sont certainement capables de tromper le public. On donne, par exemple, le nom de stations hydrothermales bien connues à des produits qui n'ont rien de commun avec elles. Il est un autre genre de fraude qui est courant, c'est d'exécuter une ordonnance avec des produits différents du médicament qui est indiqué.

Malheureusement, pour des raisons que j'ignore, le Congrès s'est fort peu occupé de ces divers cas et je le regrette fort, car il y a un gros intérêt à régler cette question. Sur la proposition de M. le professeur Perrot, on s'est contenté de décider qu'un rapport serait présenté à une prochaine session.

*
* *

Tout le monde trouve naturel que l'on protège les marques d'aliments, c'est d'ailleurs justice, et quand j'achète du Champagne, je trouve de très mauvais goût qu'on me serve un liquide préparé avec du vin provenant d'autre part. De même, on n'a pas le droit de me donner, sous le nom de Roquefort, un fromage qui a été fabriqué en Normandie, dans des conditions fort différentes certainement. En un mot, tout le monde est unanime à trouver que chaque région est maîtresse de son nom, et que l'imitation doit être loyalement indiquée. De même, personne ne trouvera extraordinaire qu'on réserve à un commerçant le nom et la marque qu'il a déposés pour désigner un produit donné.

Comment se fait-il qu'en pharmacie le même système ne soit pas admis ? La situation est cependant rigoureusement identique. Malgré cela, les tribunaux français semblent ne pas vouloir accepter l'identité. Par une tendance assez singulière, mais qui est certainement réelle, le magistrat français semble répugner à reconnaître la propriété commerciale, et je crois bien que, dans le domaine pharmaceutique, il est à peu près impossible d'être possesseur de sa marque et de son nom avec sécurité. Cette situation est pour beaucoup dans la faiblesse de notre industrie chimique. On exige du commerçant, pour que le dépôt soit valable, les noms de fantaisie, dans le sens le plus rigoureux, et si, par scrupule scientifique, l'industriel a le malheur de revendiquer un nom d'allure un peu sérieuse, on le dépouille imperturbablement.

*
* *

J'ai là un exemple bien typique, pour une affaire au sujet de laquelle on m'a demandé justement une consultation. Il s'agit du *pyramidon*, médicament bien connu, très actif, et de préparation assez difficile.

Remarquez que le pyramidon, qui est une antipyrine méthylée et amidée connue aussi sous le nom vulgaire d'*amido-antipyrine*, est un médicament fort cher, même lorsque le produit vendu est donné sous le nom banal et non plus sous la marque de garantie *pyramidon* qui appartient à l'inventeur. En raison de cette cherté, des fraudes nombreuses ont été constatées, à ce point que, il y a deux ans, une maison importante de Paris a cru devoir faire imprimer une note pour appeler l'attention de ses clients sur le danger, et donner le moyen facile de mettre la fraude en évidence. Et, notez bien que la dite maison ne s'occupait que du produit commercial, amido-antipyrine.

*
* *

Dans de telles conditions, on conviendra qu'il est important de pouvoir être certain, si l'on y tient, d'avoir pour son argent le

produit garanti, vendu sous le nom déposé par l'inventeur. C'est le seul moyen assuré d'avoir des effets réguliers, aux doses indiquées par les formulaires.

Eh bien ! la Cour de Lyon et la Cour de cassation en ont décidé autrement, et n'ont pas voulu admettre que le mot *pyramidon* soit un nom de fantaisie, sous prétexte que les syllabes de ce mot rappellent trop la constitution chimique du produit.

Le nom chimique est : *diméthyl-amido-phényl-diméthyl-isopyrazolone*. Dans cette longue suite de syllabes, on trouve en effet *pyr* et *amido*, mais vraiment, quelqu'un de sensé pourra-t-il soutenir qu'en entendant ou en lisant le mot *pyramidon*, il sera possible de le confondre avec le nom interminable et barbare qui est l'expression chimique de la substance. En un mot, pour rester dans les termes de la loi, peut-on prétendre que le mot pyramidon deviendra le *nom nécessaire?*

***

D'après l'interprétation actuelle, une ordonnance qui prescrira nominativement *pyramidon* pourra être exécutée avec de l'amido-antipyrine, et par conséquent le médecin et le client courront le risque de voir délivrer tout autre chose que les médicaments réels, puisque malheureusement on risque des erreurs ou des fraudes avec ces substances organiques très compliquées.

Les partisans de la liberté en matière pharmaceutique disent avec les tribunaux : on n'a pas le droit de breveter un médicament, pas plus ne peut-on revendiquer un nom scientifique. Votre nom est devenu le nom nécessaire, je le prends. Si vous voulez garantir votre marque, vous désignerez votre pyramidon, en le particularisant par le lieu d'origine ou par un nom propre. Vous direz *pyramidon Creil*, puisque vous fabriquez votre produit à Creil.

J'avoue ne pas comprendre ces arguties et c'est se donner bien du mal pour dépouiller un homme de son propre bien. En ces matières, tout le monde aurait certainement avantage à se conduire honnêtement. Quand un inventeur est le véritable

auteur d'une substance, il doit avoir le droit de le dénommer et d'en conserver la propriété.

*
* *

« Mais, disent certains, vous tournez la loi qui interdit le brevet d'un médicament. Il y a mieux, un brevet ne dure que quinze ans, et un nom est éternel. » La première partie de l'argument me touche peu, car votre loi je la trouve idiote, je ne vois pas du tout pourquoi on volerait un homme, parce qu'il applique à la pharmacie son génie d'invention; quant à la seconde partie, je répondrai que je trouve fort injuste cette limitation vraiment trop stricte du droit de propriété en matière d'invention. Mais qu'à cela ne tienne, vous êtes libre de mettre sur le même pied toutes les inventions, y compris celles d'un médicament, et je me déclarerai satisfait.

Du reste, dans ces questions, il est un point de vue qu'on doit toujours avoir devant les yeux : l'intérêt public. L'intérêt des concurrents qui prétendent avoir la liberté de dépouiller un inventeur est parfaitement vile. Au contraire, l'intérêt public est le seul qui puisse être pris en considération. Or, à ce point de vue vraiment honorable, on est obligé de reconnaître qu'en matière pharmaceutique aussi bien qu'en matière alimentaire, le public a le droit d'être assuré de se voir délivrer le véritable produit qui est désigné par une ordonnance. Si vous me forcez à écrire *pyramidon Creil*, quand je voudrai administrer en toute sécurité le médicament fabriqué à cette usine, je le ferai, parce que je tiendrai à être garanti, mais alors je ne vois pas pourquoi vous n'exigeriez pas la demande *cognac de Cognac, champagne de Champagne*, ce qui, on en conviendra, serait parfaitement absurde.

*
* *

En cette circonstance, on met souvent en avant un argument qu'on n'ose guère écrire et qu'on ne reproduit volontiers qu'à mi-voix : les médicaments à noms déposés sont presque tous étrangers et surtout allemands. En les privant du privilège de la marque, on favorise l'industrie française.

Rien de plus faux, car en beaucoup de circonstances ces produits, d'origine étrangère, sont fabriqués en France par des sociétés qui paient une licence, montées avec des capitaux français et par des ouvriers français. D'autre part, ce raisonnement est impardonnable, d'abord parce qu'il est malhonnête, et ensuite parce que le procédé se retourne contre nous. Si nous dépouillons l'étranger, l'étranger nous dépouillera.

Mais, il faut bien l'avouer, nous avons vraiment une tendance nationale à refuser de reconnaître et assurer la propriété commerciale, c'est un de nos graves défauts. C'est grâce à elle que notre industrie chimique est dans une situation déplorable, à une époque où la sûreté dans la propriété des inventions est de nécessité absolue, et nous souffrons de ce défaut de sécurité. C'est pour cela qu'au lieu de chercher à grands frais des produits nouveaux, nos pharmaciens, qui savent qu'ils ne seront pas défendus, préfèrent créer des spécialités. Tout le monde conviendra que nos tribunaux pourraient trouver d'autres procédés d'encourager les inventeurs français.

G. Bardet.

---

# LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## SEIZIÈME LEÇON

### Traitement du rhumatisme blennorragique,

par le professeur Albert Robin,
de l'Académie de médecine.

I

Quand on inaugure un enseignement nouveau, comme celui de la Clinique thérapeutique, il est nécessaire de ne pas s'en tenir seulement à des conceptions personnelles sur la meilleure manière de faire cet enseignement, mais

d'écouter aussi les avis et les critiques de ceux auxquels il s'adresse.

Or, il m'a été fait, par quelques-uns de mes auditeurs, deux critiques importantes que je ne puis laisser sans réponse.

On me reproche de faire un enseignement trop personnel et de ne pas insister assez sur les procédés classiques de traitement. Mon contradicteur, médecin praticien fort distingué, me disait : « En somme, vous êtes chargé d'un enseignement officiel; vous devriez nous exposer tous les moyens de traitement que l'on oppose à une maladie déterminée, et non pas seulement ceux que vous employez. »

Si j'ai insisté sur une thérapeutique personnelle, dans les Leçons sur le traitement des maladies de l'estomac, par exemple, c'était pour ne pas vous faire perdre de temps, en m'attardant à la critique minutieuse des procédés que j'ai cru devoir abandonner, à l'histoire des tâtonnements antérieurs et des tentatives dont l'expérience m'a appris le caractère hasardeux, ce qui n'eût laissé dans votre esprit que de la confusion. Ayant particulièrement étudié ces maladies, j'ai essayé la plupart de ces procédés, adoptant ceux qui m'ont satisfait, en imaginant d'autres quand ceux proposés ne répondaient pas aux espérances de leurs promoteurs.

Quand je vous expose le traitement d'une maladie déterminée, je suis bien obligé de conclure en faveur de telle ou telle des médications usuelles. Cette conclusion ne peut être fondée que sur mon expérience personnelle, ou sur l'expérience de praticiens éprouvés. On ne conçoit guère de professeur de clinique thérapeutique qui se bornerait à des énumérations de traitement, sans prendre parti pour l'un d'eux, puisqu'il est tenu, de par ses fonctions, d'en faire immédiatement l'application aux malades de son service.

Néanmoins, je m'efforcerai toujours de vous faire mention de tous les moyens de traitement qui me paraissent mériter votre attention.

Le second reproche vise l'apparente complexité des traitements et des formules.

Un autre auditeur me dit : « Nous voudrions emporter des formules plus commodes, plus simples et se gravant mieux dans la mémoire. »

Cette complexité des formules n'est qu'apparente. Ce que nous faisons ici, ce n'est pas cette polypharmacie des anciens qui peut parfois prêter au sourire, sinon au ridicule. Une formule bien faite doit comprendre le médicament principal, puis le correctif qui a pour but d'atténuer ce que cet agent actif peut avoir d'inconvénients, ensuite, le corroborant qui exalte et à dessein prolonge l'action du médicament principal, enfin, le véhicule qui aide à le faire ingérer et supporter.

Nous ferons de notre mieux pour simplifier cette élaboration de formules ; mais n'y renoncez pas : la pratique nous démontrera les avantages de ces associations qui sont plus souples, assurent la tolérance et touchent mieux le but qu'on veut atteindre.

## II

Vous m'avez entendu vous dire à maintes reprises combien était grande l'erreur de ceux qui s'imaginent qu'à un type pathologique, même bien déterminé, la médecine pouvait espérer opposer un remède, ou même une médication, tout aussi définis dans leurs termes : en un mot, qu'une équation devait pouvoir s'établir entre la formule d'une maladie et celle de son traitement.

S'il en était ainsi, la pratique de l'art médical serait vrai-

ment par trop facile. Au diagnostic d'artério-sclérose, il suffirait de répondre par l'iodure de potassium ; à celui de néphrite, par le régime lacté ou la déchloruration ; aux affections cardiaques, par la digitale ; et ainsi de suite.

Malheureusement, les choses de la thérapeutique sont plus complexes, et ceux qui suivent ces Leçons savent com bien je me suis souvent étendu sur la nécessité d'adapter à chaque malade et aux circonstances particulières de son cas les médications qui leur conviennent, après analyse minutieuse des indications personnelles qu'il présente. La vieille formule — il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades — si elle n'a guère qu'un intérêt nosologique dans sa première partie, est rigoureusement exacte dans la seconde, dès qu'il s'agit d'instituer une thérapeutique.

Les trois malades dont je vais vous parler et qui tous sont atteints d'une même maladie, le rhumatisme blennorragique, vont nous fournir une fois de plus, par la variété de leur type morbide et la nécessité qui en découle d'une thérapeutique appropriée au cas de chacun d'eux, la preuve de cette proposition fondamentale.

Je vais vous montrer l'impossibilité absolue d'appliquer chez ces trois malades, atteints de la même affection, une thérapeutique identique. Ce sont trois traitements différents que vous devez ici mettre en œuvre et, soit dit en passant, vous verrez par là que la médecine n'est pas aussi désarmée devant cette maladie que les chirurgiens se sont plu à le dire. Le rhumatisme blennorragique ressortit nettement à la thérapeutique médicale et même à celle du plus modeste praticien. Aussi, je ne vous cacherai pas mon étonnement quand j'entends aujourd'hui, à propos de cas de ce genre, les chirurgiens ne parler ni plus ni moins que d'*arthrotomie précoce*.

Cette intervention est proposée aujourd'hui comme traitement précoce du rhumatisme blennorragique, et cela dès que l'articulation atteinte présente de la rougeur et du gonflement et que le malade éprouve de vives douleurs. Vous trouverez cette opinion défendue dans la thèse de M. Parizeau (1).

Je n'ai pas besoin de vous dire que je me refuse à entrer dans cette voie. Je considère l'arthrotomie comme un mode de traitement dangereux et donnant des résultats infiniment moins favorables que le traitement médical, qui est et doit rester la méthode de choix. Du reste, vous allez pouvoir en juger.

## III

Le *premier* de nos trois malades est un garçon d'hôtel, âgé de vingt-huit ans, entré dans nos salles le 3 novembre. A dix-huit ans, il a eu une crise violente de rhumatisme poly-articulaire aigu. Depuis lors, il éprouve fréquemment des douleurs articulaires passagères et voit celles-ci reparaître avec les changements brusques de température et les excès de travail.

Il a contracté une blennorragie à vingt-six ans, et en a guéri sans autre incident qu'une conjonctivite assez rebelle, due, de son aveu, à une inoculation directe.

Le 18 octobre dernier, trois jours après des rapports suspects, il fut pris de douleurs en urinant, puis d'un écoulement abondant. Un médecin lui prescrivit du santal et les accidents parurent s'atténuer assez rapidement.

Le 26 octobre, il est pris d'une crise de rhumatisme aigu

(1) Parizeau. L'arthrite blennorragique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce. *Thèse de Paris* 1896 et *Union médicale du Canada*, p. 145, Montréal, 1909.

frappant à la fois la plupart de ses articulations. Puis, les douleurs se localisent à toutes les articulations du membre inférieur, au pied en particulier, ainsi qu'au pouce gauche. C'est alors qu'il entre dans notre service.

La première question que nous allons avoir à nous poser est de savoir s'il s'agit d'une crise de rhumatisme aigu chez un blennorragique, comme les antécédents peuvent le faire supposer, ou d'un véritable rhumatisme blennorragique. J'ajoute que le 28 octobre, il a été atteint d'une conjonctivite intense, mais cette fois, sans qu'on puisse faire intervenir un contage direct : le malade, qui a été éprouvé une première fois de cette façon, est très affirmatif.

Le *deuxième malade* est un homme de soixante ans, qui a contracté une blennorragie le 8 octobre. Le 19, il était pris de fièvre, de frissons, et une poussée violente de rhumatisme aigu envahissait, dès le lendemain, toutes les articulations du membre inférieur gauche.

Le 5 novembre, les douleurs cessaient dans le membre malade, sans qu'on eût employé aucun traitement. Puis, le poignet droit se prenait à son tour. Il devenait impossible au malade de faire aucun mouvement avec sa main droite : les articulations, les gaines tendineuses étaient gonflées et douloureuses. En même temps, la miction devenait pénible et s'accompagnait de petites hémorragies. Les urines étaient troubles, purulentes même, très abondantes : elles renfermaient 1 gramme d'albumine par litre. Les symptômes de cystite s'accusaient de plus en plus : la vessie était douloureuse, puis la région des uretères le fut à son tour de chaque côté. Les reins eux-mêmes devinrent sensibles à la palpation bimanuelle. Nous nous trouvions en présence d'une cysto-pyélo-néphrite ascendante. Huit jours

après, une orchite se déclarait, et la température s'élevait de 1 degré et demi.

Notre *troisième malade* est une femme de trente-cinq ans, domestique, qui a contracté en juillet une blennorragie, aujourd'hui presque terminée. Elle est entrée à la salle Axenfeld au commencement de novembre.

Le 15 septembre, elle est prise de céphalée, de frissons violents et de fièvre : les règles réapparaissent hors de leur époque normale : ce sont les épistaxis utérines de GUBLER.

Puis, toutes les articulations du bras droit, de l'avant-bras et de la main sont envahies par le rhumatisme : quelques douleurs se montrèrent dans le membre inférieur droit.

La fièvre dura de huit à dix jours, puis cessa peu à peu. A son entrée, la malade présente une impotence fonctionnelle complète de tout le membre supérieur droit. Il existe une semi-ankylose du poignet, une rigidité complète des doigts. L'épaule elle-même est atteinte : le coude est immobile. Le deltoïde est touché. Les groupes musculaires de l'avant-bras, les interosseux sont nettement atrophiés.

## IV

Voici donc trois sujets atteints de la même maladie et cependant très différents. Les deux premiers sont en pleine phase aiguë. La dernière est arrivée à la période subaiguë et presque chronique. Il est de toute évidence que la même thérapeutique ne saurait leur convenir.

Le premier a eu jadis une crise de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Les accidents actuels ont débuté par une généralisation analogue. Il est vraisemblable que le fait d'avoir été un rhumatisant vrai ajoute un trait spécial au type pathologique nouveau qu'il présente. La conjonctivite

que vous trouvez chez lui aujourd'hui est-elle due à une inoculation directe ou n'est-elle qu'un signe de plus du retentissement général de sa blennorragie? Je penche pour cette dernière explication, car la guérison a été rapide, comme vous allez le voir, tandis que sa première conjonctivite, sûrement blennorragique par contagion, fut très longue à vaincre.

Le second malade est un type d'arthrite poly-articulaire aiguë, avec complications multiples de la blennorragie du côté de l'appareil génito-urinaire.

La troisième n'a plus qu'un résidu de sa blennorragie, déjà ancienne. Son rhumatisme lui-même n'est plus en période d'état, et ce que nous constatons surtout, ce sont les suites de l'attaque passée (demi-ankylose, raideurs articulaires, atrophies musculaires).

Ce sont trois états d'un même type morbide dont l'évolution est variable et dont la *terminaison* peut être aussi bien la résolution, la suppuration ou l'ankylose, sans parler de l'hydarthrose, forme un peu spéciale, parfois tardive, évoluant sans fièvre ni phénomènes généraux, et particulièrement rebelle à guérir, si même elle guérit définitivement.

Dans l'évolution même du rhumatisme blennorragique, les *formes cliniques* sont nombreuses. Tantôt ce sont les articulations qui sont atteintes, tantôt les gaines tendineuses, tantôt les bourses séreuses, celle du talon, par exemple; tantôt, ce sont des myalgies que l'on observe surtout. Tantôt, ces divers phénomènes apparaissent indépendamment les uns des autres; tantôt, ils se succèdent et se compliquent réciproquement.

L'époque d'apparition d'accidents extra-urétraux dans la gonococcie est non moins variable. On les voit survenir

dès le huitième jour de la blennorragie chez notre premier malade; chez le second, c'est du douzième au quinzième jour; chez la troisième, c'est au bout de deux mois. Dans certaines observations, on a vu le rhumatisme apparaître après guérison totale de la blennorragie. On le voit surgir à toute période de celle-ci, aussi bien au début qu'à la fin, HEWEZ et GRIFFON ont cité des cas où les articulations furent envahies avant même que l'écoulement ait fait son apparition.

Que devient la blennorragie pendant ce temps? Il n'y a pas davantage ici de règle absolue. Dans notre premier cas, l'écoulement a augmenté avec la poussée rhumatismale; dans le second, il a disparu momentanément. Dans le troisième, il a diminué progressivement sans paraître autrement influencé; mais il persiste encore au bout de quatre mois, alors que l'arthrite est passée déjà à une période quasi-chronique.

Quelle est la nature même de ces accidents? Sont-ils purement locaux ou d'ordre général? L'infection généralisée n'est guère douteuse. On a aujourd'hui la preuve que les gonocoques circulent dans le sang et que c'est par la voie sanguine que se fait leur absorption. FAURE-BEAULIEU a publié 34 observations dans lesquelles la présence du gonocoque a été démontrée dans le sang, par ensemencement.

Il est probable que le gonocoque entre dans le sang par la voie veineuse, car THAYA et PROCHASKA ont trouvé, dans des autopsies, des thromboses dans les plexus veineux périprostatiques, et WERTHEIM, puis BOEKHARDT ont même constaté l'existence du gonocoque dans les veinules de la muqueuse urétrale.

Il paraît aujourd'hui certain que l'intensité des accidents

articulaires est en rapport avec la profondeur de l'infection.

V

Vous voyez, par les trois cas qui nous occupent, que nous sommes ici dans l'impossibilité absolue d'établir l'équation cherchée entre la maladie et le traitement. Nos deux premiers malades se ressemblent, sans doute, par quelques points; mais le second présente des complications toutes spéciales de cystite, uretérite et pyélo-néphrite qui créent autant d'indications particulières. Les deux traitements que nous allons avoir à leur appliquer seront donc dissemblables.

Le premier présente toute l'apparence d'un rhumatisme polyarticulaire aigu classique. L'indication est de lui donner du *salicylate de soude.*

Je sais fort bien qu'il est d'usage de considérer ce médicament comme sans effet dans le rhumatisme blennorragique. Ceci n'empêche que, dès que nous le lui avons donné, à la dose de 4 grammes par jour, en 8 prises, le soulagement a été rapide. En quarante-huit heures, les douleurs s'étaient considérablement atténuées et les arthrites avaient disparu, sauf celle du cou-de-pied droit. Celle-ci était donc sans doute la seule qui fût véritablement d'essence blennorragique. Les autres n'étaient probablement qu'un réveil par la blennorragie du rhumatisme franc antérieur et le traitement a permis d'en faire le départ.

N'oubliez donc jamais de faire appel, si les accidents sont polyarticulaires et malgré l'opinion classique, au salicylate de soude. Son action sur l'élément rhumatismal pur est immédiate, et en tout état de cause, si vous ne guérissez pas le rhumatisme blennorragique, vous obtiendrez du moins et souvent un soulagement manifeste de la douleur.

Chez notre malade, comme je vous l'ai dit, la blennorragie a fléchi dès l'apparition des premières manifestations articulaires. Que faire, à partir de ce moment, contre *l'écoulement urétral?* Je pense qu'il faut le traiter sans hésitation. Dans ma pratique, toutes les fois que j'ai continué, en pareil cas, le traitement de la blennorragie, je n'ai eu qu'à m'en féliciter. Certes, je n'ai pas eu recours aux traitements énergiques; je n'ai point fait appel aux lavages antiseptiques des voies urinaires, ni même aux balsamiques. J'ai tout simplement usé de la vieille méthode qui consiste à « laisser couler », ce qui n'est point si mauvais, puisque nous savons aujourd'hui que c'est par sa propre pullulation que le gonocoque arrive à épuiser sa culture, d'où l'explication du traitement populaire russe par les orgies de bière, et, ce qui est moins dangereux, par les décoctions d'orge ou de malt.

J'ai donc prescrit à notre malade deux litres de *décoction de bourgeons de sapins* par vingt-quatre heures, en l'additionnant d'un gramme cinquante à deux grammes de *bicarbonate de soude* par litre, proportion que l'on peut modifier selon le degré d'acidité des urines.

Sous l'influence de ce traitement, l'écoulement s'est réveillé ; un pus crémeux a été éliminé avec abondance, puis s'est tari progressivement, et au bout de quelques jours, tout était terminé.

Quant à la *conjonctivite*, je l'ai traitée par un vieux remède que les spécialistes eux-mêmes ont un peu trop tendance à oublier, c'est le *sulfate de cuivre*. J'ai prescrit le collyre suivant :

| | |
|---|---|
| Eau distillée........................ | 30 gr. |
| Sulfate de cuivre.................... | 0 » 10 |
| Laudanum de Sydenham............. | X gt. |

Instiller deux fois par jour quelques gouttes au niveau de la caroncule lacrymale.

Ce qui, joint aux *lavages à l'eau boriquée* pratiqués deux fois par jour également, a suffi à vaincre en trois jours cette manifestation oculaire, évidemment simple répercussion de l'infection générale.

Reste seulement l'arthrite du pied, passée à l'état subaigu et parvenue au point où elle risque de devenir chronique. Nous allons nous en occuper tout à l'heure.

(*A suivre.*)

---

# THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

## La question de l'arthritisme,

par le Dr J. LAUMONIER.

(*Suite.*)

### II

### *Comment la suralimentation produit l'arthritisme.*

Dans l'état actuel de la physiologie, il faut admettre que l'unité fonctionnelle des organismes humains n'est pas la cellule, mais un complexe de cellules en contiguïté (ou en continuité) parmi lesquelles figurent un ou plusieurs neurones. De là résulte la synergie, en vertu de laquelle le fonctionnement des plastides non-nerveux et nerveux est lié de telle sorte que l'hyperactivité des uns entraîne l'hyperactivité des autres et réciproquement.

L'activité — et on doit entendre par là la manifestation de ses propriétés y compris l'assimilation — d'un plastide est sous la dépendance exclusive des excitations. Les divers éléments histologiques réagissent différemment, suivant leur nature propre, aux excitations, mais tous ont, par définition, un excitant commun, l'aliment. Naturellement

l'intensité de l'excitation alimentaire varie avec l'espèce de l'aliment considéré. C'est là un point très important de la conception de Maurel et de Pascault, qu'il convient d'examiner de près.

On distingue généralement deux catégories principales d'aliments : les aliments plastiques (albuminoïdes et matières minérales) qui s'incorporent à la trame vivante, et les aliments dynamophores (hydrates de carbone et graisses) qui fournissent, par la dislocation de leurs molécules, l'énergie dont les substances vivantes ont besoin pour leur fonctionnement et leurs synthèses assimilatrices. Ces deux catégories d'aliments sont utiles, mais inégalement, attendu que les premiers (albuminoïdes) peuvent par leurs déboublements et leur oxydation fournir de l'énergie, et par conséquent se substituer aux seconds, tandis que ces derniers sont inaptes à l'assimilation et ne peuvent jamais remplacer les matières plastiques.

Cette constatation nous montre déjà que ces deux groupes d'aliments ne peuvent pas produire des excitations identiques. Mais le problème est beaucoup plus complexe qu'il n'en a l'air, parce qu'un aliment donné peut agir primitivement, par lui-même, par sa constitution, son état colloïdal, ses affinités propres, et secondairement par les déchets d'utilisation qu'il laisse. Malheureusement nous sommes très mal renseignés sur ces processus d'excitation. Nous ignorons notamment la stéréochimie de la molécule d'albumine et nous ne savons pas du tout en quoi la myosine du bœuf, par exemple, diffère de la myosine de l'homme. A peine est-il permis de soupçonner que, en vertu de la loi du moindre effort, l'électivité de nos protoplasmas cellulaires soit plus grande pour de l'albumine animale que pour de l'albumine végétale, encore que l'adaptation devienne

parfaitement capable de modifier cette électivité (herbivores). Il est incontestable cependant que, chez l'homme normal, l'électivité pour les albumines animales est très marquée. Deux faits le prouvent : 1° L'albumine de viande pure a une assimilabilité parfaite que ne possède pas l'albumine végétale pure (Munk et Ewald) ; 2° Dans un repas copieux de viande et de pain, par exemple, si la proportion des azotés aux ternaires dépasse sensiblement 1 à 5, la viande est utilisée et détruite de préférence aux ternaires, dont la dislocation est ralentie, de telle sorte que ces derniers, au lieu de $CO^2$ et $H^2O$, donnent des acides gras (Ch. Richet, A. Gautier).

En ce qui concerne les déchets d'utilisation, nous ne sommes guère mieux fixés. Il est admis que les ternaires doivent aboutir à l'eau et à l'acide carbonique, et les matières azotées à l'urée, à l'acide urique, etc. Mais ce sont là les aboutissants extrêmes ; il serait bien plus intéressant de connaître les intermédiaires, les formes de dislocation ménagées des molécules alimentaires. Certaines ont cependant été indiquées par Kossel, Haliburton, A. Gautier. Ce dernier a même prouvé que plusieurs tissus de notre corps fonctionnent en anaérobies, mode de fonctionnement qui entraîne nécessairement toute une série de passages entre la molécule alimentaire initiale et le déchet final oxydé, $H^2O$, $CO^2$ ou urée. Beaucoup de ces formes de passage nous échappent encore et par conséquent nous ignorons comment elles agissent sur l'élément cellulaire. Celles qui nous sont connues ont des propriétés très variables, les unes sont nettement toxiques ou insolubles, les autres (alcools et acides) peuvent être ultérieurement utilisées comme dynamophores et brûlées par l'organisme.

L'exposé précédent justifie la distinction, bien faite par

Pascault, entre la valeur d'assimilation d'un aliment et sa puissance d'excitation. Le lait, les pâtes alimentaires ont une valeur alimentaire élevée et une faible puissance d'excitation, la viande a une grande valeur alimentaire et une grande puissance d'excitation : les condiments (poivre, moutarde), les boissons alcooliques et alcaloïdiques (thé, café) ont une faible valeur alimentaire et une très forte puissance d'excitation. Ces différences tiennent non seulement à la composition de la substance alimentaire, mais aussi à la nature des déchets d'utilisation qu'elle donne. Si la myosine est plus excitante que la légumine, cela tient surtout à la nature de ses déchets qui semblent plus toxiques. Mais, et je ne crois pas avoir besoin d'insister sur ce point, la valeur d'assimilation et le pouvoir d'excitation d'un aliment donné varient avec les espèces et même avec les individus. La viande, excitante chez l'homme, est déprimante chez les gallinacés. Pour certaines personnes, le sucre est très excitant, pour d'autres, c'est la graisse. Tout cela est souvent affaire d'élaboration.

*
* *

Revenons maintenant à la suralimentation.

Le suralimenté mange trop, et peut manger trop de tout, mais ce n'est pas le cas habituel. Il y a sans doute des gens qui ont toujours vraiment faim et qui se nourrissent de tout ce qui leur tombe sous la main; mais ceux-là sont l'exception et n'ont guère le loisir de faire de l'arthritisme. Le plus ordinairement, on se suralimente avec de la viande, parce que la viande est de tous les aliments le plus appétissant, le plus sapide, celui qui se prête aux préparations les plus variées, qui se digère le plus vite et qui donne le mieux la sensation de bien-être et de force et d'activité expansive.

On a beaucoup vanté la viande comme aliment. J'ai connu le temps où on en bourrait les enfants, les malades et les convalescents. Crue ou rôtie, jamais on n'en mangeait assez, mais la réaction est venue, naturellement, et Maurel, Bardet, Huchard ont montré les graves inconvénients de l'abus de la viande; les végétaliens ont même prétendu que son simple usage était excessivement nocif. C'est aller au delà de la vérité.

Nous aurons à étudier tout à l'heure le mécanisme de l'action excitante de l'abus carné et ses conséquences proches et lointaines, mais auparavant il me faut disculper la viande d'une accusation dont Pascault s'est fait l'écho. Elle a de grands défauts, mais aussi de précieuses qualités. En niant ces dernières, connues expérimentalement de tous, on s'expose à n'être pas cru quand on parle de ses dangers.

La viande, dit-on, ne tient pas au ventre; elle nourrit mal. Cette formule a eu un grand succès, même chez les médecins qui tombent aisément d'un excès dans un autre. Qu'y a-t-il de vrai là dedans?

En effet, la viande tient moins au ventre, — c'est-à-dire fait moins longtemps sentir le travail digestif — que les autres aliments, parce qu'elle se digère normalement plus vite et plus complètement. Mais je ne puis pas croire que ce soit là un inconvénient. Je crois au contraire que la période digestive est une période d'élaboration pénible qui rend à peu près inapte à tout travail extérieur, comme le prouve l'exemple des animaux, qu'il faut en conséquence s'efforcer de faciliter et de raccourcir. Ce sont les aliments les plus indigestes qui tiennent le mieux au ventre et personne ne soutiendra, je pense, que, pour une bonne élaboration nutritive, il faille choisir ceux-là de préférence.

Soit, mais la viande nourrit mal, moins bien, en tout cas,

que l'amidon, le sucre ou le beurre. Nous touchons ici à une question délicate. Je ne puis, dans ces articles, expliquer complètement l'erreur funeste que l'on commet si souvent aujourd'hui en appréciant exclusivement la valeur d'un aliment par le nombre de calories qu'il dégage dans la bombe calorimétrique. Nous ne savons pas sous quelle forme et en quelle quantité l'énergie est utilisée pour les synthèses assimilatrices et le fonctionnement, et quel rapport existe entre l'intensité de l'assimilation et la chaleur excrétée, si bien que le professeur Chauveau, qui a cependant beaucoup contribué à l'introduction de l'énergétique en physiologie, en est réduit à écrire : « Il faut renoncer à chercher la valeur nutritive des aliments dans leur chaleur de combustion. La théorie de l'aliment et de l'alimentation ne peut plus être présentée sous cette forme simpliste », et cependant c'est sur les données insuffisantes de la calorimétrie que sont basés les calculs de rations, dans l'état de santé et de maladie. Dans tous les traités classiques, la dépense théorique de chaleur, établie en additionnant la chaleur réellement excrétée et le travail approximativement fourni, est l'unique mesure dont on use pour fixer les besoins alimentaires d'un individu. Le rôle plastique si important, capital peut-être, des matières minérales, le fait que l'albumine fixée par l'assimilation n'est pas brûlée et ne peut par suite figurer dans la dépense théorique de chaleur, — fait sur lequel j'ai inutilement insisté au Congrès d'hygiène alimentaire de Paris en 1906, — est méconnu ou ignoré. On trouve évidemment beaucoup plus commode d'aligner un certain nombre d'aliments dont la somme des calories, dans le calorimètre, bien entendu, soit équivalente à la chaleur dépensée, d'autant que la notion d'isodynamie et d'isoplastie permet les plus surprenantes combinaisons.

Mais, de ce point de vue, la hiérarchie naturelle des aliments se trouve presque complètement changée. Les matières minérales, dont on tient du reste fort peu compte dans l'établissement des rations, sont reléguées au dernier rang, tandis que les graisses sont promues au premier, et les alcools au second. On ne se préoccupe pas de savoir si le muscle a besoin d'albumine autant que de glycogène; on lui donne du sucre et voilà tout; à lui d'emprunter aux autres tissus la myosine qu'il lui est nécessaire, puiqu'*il augmente de masse vivante en fonctionnant*. Il n'y a plus fixation plastique de certains nutriments dans le protoplasma, il n'y a plus échanges de matières, il n'y a que des échanges de forces. La physiologie se trouve bien simplifiée. Et voilà pourquoi Pascault, après beaucoup d'autres, déclare que la viande ne nourrit pas. Ne donne-t-elle pas, en effet, en brûlant, moins de calories que les graisses, le sucre et l'amidon? Ces derniers lui sont donc préférables, puisque l'action plastique est décidément considérée comme négligeable. C'est, comme je le disais tout à l'heure, sous l'empire des mêmes idées, que l'alcool tend de plus en plus à être regardé comme un aliment, et un aliment précieux, puisqu'il donne sept calories par gramme, presque le double de l'albumine. En présence de cette valeur énergétique, ses propriétés toxiques passent au second plan.

De cette discussion, il doit ressortir que la viande est un aliment très digeste et très nutritif, mais plus toxique et plus excitant que l'albumine végétale, probablement par ses déchets d'utilisation. Si son usage modéré est souvent avantageux et parfois indispensable, son abus, en revanche, peut devenir fort dangereux.

Tout d'abord l'excessive digestibilité de la viande, le fait que sa digestion a lieu en grande partie dans l'estomac et

enfin l'appétence qu'elle produit conduisent facilement à une consommation exagérée. On se lasse moins vite de la viande que des autres mets et comme nous obéissons volontiers aux sollicitations d'un appétit artificiel, plus nous mangeons de viande, plus nous désirons en manger. Mais la viande, par son fumet et son aspect engageant, excite puissamment les sécrétions psychiques; elle exige et produit une véritable hyperchlorhydrie, et détermine, par réflexe, une abondante sécrétion des sucs biliaires, pancréatiques et intestinaux qui doivent à la fois et neutraliser l'acidité du bol gastrique et achever l'élaboration des albuminoïdes; enfin l'absorption de ses produits élaborés amène l'intervention active, d'une part de la muqueuse intestinale elle-même, d'autre part, de la glande hépatique, à laquelle semble réservé le rôle spécial de transformer les dérivés ammoniacaux toxiques. Ce rôle explique que, chez les individus qui consomment beaucoup de viandes, on constate souvent une congestion active du foie, surtout à gauche, et plus tard, une hypertension portale. Au cours de tous ces processus, le système nerveux intervient dans les phénomènes sécrétoires et moteurs, dans la congestion active, et avec une intensité d'autant plus grande que l'excitation digestive est plus forte. Cet hyperfonctionnement glandulaire et nerveux a des conséquences multiples.

Dans l'organisme, il n'y a pas, à proprement parler, de réserves d'albumine. L'albumine circulante doit être ou fixée par assimilation ou brûlée. Son abondance dans le milieu intérieur, ainsi qu'il arrive après un repas copieux de viande, est donc une puissante sollicitation à l'activité générale, puisque assimilation et fonctionnement sont inséparables. Et, en effet, le mangeur de viande est un être très actif, dépensant une somme énorme de travail et ayant de

précieuses qualités d'initiative et de combativité. Buckle, il y a déjà longtemps, affirmait que si quelques milliers d'Anglais tiennent dans l'obéissance 200 millions d'Hindous, c'est qu'ils mangent de la viande alors que ces derniers se nourrissent principalement de riz.

Des constatations analogues peuvent être faites à peu près partout. Je n'en rappellerai que deux. Mme Workmann, la grande exploratrice de l'Hymalaya, avait des porteurs hindous végétariens. Quand on arrivait aux passages difficiles de l'ascension, elle était obligée de leur donner de la viande, sans quoi ils eussent été incapables de l'effort nécessaire. De même, pendant la guerre de Mandchourie, l'administration japonaise devait augmenter la ration de poisson ou donner de la viande aux troupes pour leur permettre de lutter jusqu'au bout, au cours des grandes et longues batailles de Liao-Tang et de Moukden ; une augmentation de la ration de riz ne donnait pas du tout les mêmes résultats. L'excitation digestive de la viande galvanisait le corps entier, ce que l'amidon, malgré toutes les calories qu'il fournit dans le calorimètre, ne peut faire. On comprend ainsi que l'abus de la viande détermine et entretienne un hyperfonctionnement de tous les organes, glandes, muscles, poumons, reins, et surtout système nerveux.

Certaines conditions viennent renforcer l'excitation générale produite par la viande. Les gros mangeurs par habitude n'abusent pas seulement des viandes ; ils abusent aussi souvent des condiments et des boissons alcooliques. Les condiments excitent puissamment les organes digestifs qui réagissent par une hypersécrétion et ensuite par une abondante production muqueuse, qui entraînent la gastro-succorrhée et l'entérite muqueuse des gros mangeurs. L'alcool est plus nocif encore. En brûlant dans l'économie, il modère

simultanément l'oxydation des ternaires alimentaires, qui se dédoublent incomplètement ou se déposent sous forme de réserves (obésité alcoolique). En outre, il irrite les muqueuses, y crée des lésions souvent irréparables (gastrite, cirrhose, néphrite), altère les vaisseaux, intoxique le système nerveux. Condiments et alcools hâtent, en somme, l'évolution de l'arthritisme et en précipitent la terminaison fatale.

Pawloffa dit très exactement : « Un organisme est en état pathologique quand, à l'ordinaire, il fonctionne avec une intensité anormale. » C'est le cas de nos suralimentés, de nos pléthoriques. Leur hyperfonctionnement ne peut pas durer indéfiniment, la corrélation s'y oppose. Et puis, en dehors des déchets d'utilisation alimentaire, il y a les déchets de fonctionnement, d'autant plus abondants que l'activité générale est plus grande, et qui, en partie transformés par le foie et certaines glandes closes, doivent toujours être éliminés par le rein. On voit d'ici le surcroît de travail, le surmenage que la suralimentation, à elle seule, entraîne pour ces organes. La machine est à son maximum de tension. A la moindre imprudence, au plus petit excès surérogatoire, les accidents éclatent, et ils vont se succéder avec une rapidité croissante.

Maurel et Pascault ont groupé ces accidents en trois périodes, qui occupent parfois trois générations successives, mais qui peuvent aussi se dérouler chez le même individu :

La période d'hyperfonctionnement préarthritique ;

La période de dysfonctionnement, ou d'arthritisme confirmé, à modalités cliniques de forme défensive;

Enfin la période d'hypofonctionnement ou d'insuffisance généralisée, que caractérisent l'infécondité ou la mort précoce.

Je passerai rapidement sur cette évolution. Les deux dernières périodes sont cliniquement parfaitement connues; il n'en est pas tout à fait de même de la première ; je veux dire que son importance pour la préparation du terrain arthritique ne nous est pas aussi familière. C'est cette importance qu'il convient donc de mettre en valeur, car de là découleront les indications les plus essentielles de la thérapeutique, dont la connaissance doit être notre principal objectif.

(*A suivre.*)

---

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

### De l'hypertension passagère comme cause de certaines hémoptysies des tuberculeux justifiables par cette raison de la médication hypotensive

*Du rôle efficace dans le sens de l'Extrait aqueux de Gui* (1) (Viscum album).

Par le Dr René Gaultier.

Au dernier Congrès de la tuberculose en octobre 1905, le Dr Barbary montrait dans une communication nourrie de faits le rôle de la tension artérielle dans le mécanisme de certaines hémoptysies. Il établissait à l'aide de ses observations, prises le sphygmomanomètre en main, « *que l'hémoptysie tuberculeuse est presque toujours fonction de l'hypertension artérielle* » : d'où sa conclusion qu'il est possible en surveillant cette tension d'en surveiller sa conséquence, l'hémoptysie. La thérapeutique qu'il proposait à cet effet était donc plutôt une *thérapeutique préventive* destinée à ne point voir s'élever

(1) Communication faite au Congrès de la tuberculose à Washington, 28 septembre 1908.

la tension et par suite à ne point voir survenir l'hémoptysie, plutôt qu'une *thérapeutique curative*, médicamenteuse, par exemple, destinée à abaisser cette tension et à arrêter une hémoptysie survenue.

On avait cependant (Flick et Chelmonsky) préconisé l'emploi de la trinitrine et de l'iodure de potassium dans ce dernier but : F. Hare, Rouget, Lemoine, Bourlaud, avaient également proposé le nitrite d'amyle dont ils avaient obtenu des succès.

Nous-même, dès cette époque, ainsi que nous l'avons relaté pour la première fois à la Société de thérapeutique en juin 1906, nous utilisions à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Pr Dieulafoy dont nous avions l'honneur d'être alors le chef de clinique, une drogue que nous avions vue, entre les mains d'une commère, employée empiriquement pour guérir des hémoptysies tuberculeuses. Je veux parler *du gui de chêne*, que j'ai démontré cliniquement et physiologiquement être un médicament hypotenseur très puissant, d'une régularité et d'une durée d'action très intense, en même temps que d'une faible toxicité; je faisais donc dès ce moment *avec le gui une thérapeutique active curative, hypotensive des hémoptysies tuberculeuses*, et je pouvais écrire alors dans ce travail préliminaire la phrase suivante : « *Sans vouloir prématurément vanter les vertus curatives du gui de chêne dans les hémoptysies des tuberculeux, nous avons pu constater que dans sept cas où l'hémoptysie était de nature congestive, hémoptysie active pourrait-on dire, le gui de chêne s'est montré efficace ; nous relevons encore dans ces observations le fait curieux à signaler de l'abaissement de la pression artérielle* et de l'accélération des battements cardiaques qui s'est montré quatre fois en corrélation avec l'administration du médicament. *Il y a peut-être là une indication de son mode d'action que nous avons cherché*

*à vérifier par des travaux expérimentaux et ceux-ci nous ayant permis de constater la baisse constante et durable de la tension artérielle, nous croyons que cette action physiologique permet d'expliquer les bons effets de la drogue.* »

Ces conclusions que je tirais alors de mes observations cliniques et expérimentales sont les mêmes que celles qu'aujourd'hui je désire développer, fort d'un plus grand nombre de résultats personnels et de résultats étrangers obtenus avec le gui, et aussi en m'appuyant sur des résultats analogues publiés depuis peu et obtenus avec d'autres substances hypotensives.

En effet, Pouliot, Crace-Calvert, Pic et Petitjean, Dieuzeide et tout récemment le Dr Guinard, du sanatorium de Bligny, passant en revue devant la Société d'études scientifiques sur la tuberculose le mode d'action des procédés employés dans le traitement des hémoptysies, ont apporté des faits nombreux de guérison par le nitrite d'amyle. Aussi ce dernier auteur conclut-il « *que tout procédé pouvant développer une action vasodilatatrice rapide et puissante avec baisse générale de la tension sanguine sera un procédé précieux pour suspendre promptement une hémoptysie pulmonaire* ». Au cours de la discussion qui suivit cette communication, le Dr Rénon se rallia à cette opinion et déclara que depuis trois ans sa préférence allait dans ces cas aux hypotenseurs, et le Dr Bezançon soutint à son tour que les médications actives sont celles qui agissent par vasodilatation générale et parmi elles il recommanda l'emploi de la trinitrine.

En voilà assez, je pense, pour démontrer les effets de la médication hypotensive dans le traitement des hémoptysies; et il suffira d'apporter la démonstration du rôle hypotenseur du gui pour apporter du même coup la justification

de son emploi dans les hémoptysies, emploi que nous préconisons depuis tantôt trois ans.

Ce rôle hypotenseur du gui, nous l'avons démontré cliniquement et physiologiquement pour la première fois dans notre communication à la Société de thérapeutique de juin 1906. Depuis nous en avons apporté au Congrès de médecine de Paris en octobre 1907 de nouveaux faits cliniques et à l'Académie des sciences en novembre de la même année des faits expérimentaux qui ont démontré à la fois son mode d'action générale et précisé son mécanisme ; *son mode d'action générale*, c'est-à-dire *l'hypotension*, et *son mécanisme*, c'est-à-dire *la preuve que cet effet est sous une influence centrale.*

Depuis d'autres auteurs ont confirmé ces premières observations ; je citerai d'abord le Dr Chevalier qui nous aida un moment au laboratoire du Pr Pouchet dans quelques-unes de nos recherches expérimentales, puis le Dr Breton-Oliveau qui, sous la direction du Pr Lefour, de Bordeaux, soutint sa thèse en 1908 sur les effets hypotenseurs du gui dans le traitement de l'hypertension des albuminuries gravidiques; le Dr Vachez qui, dans le service du Dr Florand, utilisa son action hypotensive dans le traitement des artérioscléreux et des brightiques, et en publia le résultat dans sa thèse de Paris en 1908; enfin nous citerons encore le Dr Rénon qui, à la Société de la tuberculose pulmonaire en juin 1908, reconnaît dans cette phrase les bons effets du gui : « *En prescrivant*, dit-il, *chaque jour de* 2 *à* 3 *pilules de* 0 *gr.* 05 *d'extrait aqueux de gui, en injectant* 0 *gr.* 20 *de cet extrait dans* 1 *cc. de sérum physiologique, injection d'ailleurs assez douloureuse, j'ai vu la tension artérielle s'abaisser notablement et les hémoptysies s'arrêter.* »

C'est en effet, après avoir essayé des extraits alcooliques et des extraits éthérés, à *l'extrait aqueux de gui* que nous nous sommes arrêté pour traiter les hémoptysies tuberculeuses,

soit que nous l'employions en pilules de 0 gr. 05 à la dose de 0 gr. 30 par jour, 1 pilule toutes les deux heures dans la journée, auxquelles nous ajoutons pour la nuit une cuillerée de sirop de morphine, soit quand nous voulons agir rapidement en solution physiologique dont nous avons donné la formule avec Delassus à la Société de thérapeutique en juin 1907.

« Quand on vit, nous dit le Dr Dieuzeide, dans un milieu de malades atteints de tuberculose pulmonaire, et que l'on suit quotidiennement les phases de leur maladie, on en arrive bientôt à penser que, parmi les multiples accidents auxquels le tuberculeux est exposé, l'hémoptysie est le plus redoutable. » C'est pour cela et pour avoir vécu nous aussi dans un semblable milieu que, *témoin des résultats obtenus avec l'emploi du gui, médicament hypotenseur, dans les hémoptysies tuberculeuses, si souvent fonction d'une tension artérielle déréglée*, nous avons tenu à vous en apporter ici à nouveau l'affirmation, certain qu'à votre tour en l'utilisant chez vos malades, tout comme MM. Rénon, Vachez, Breton-Oliveau et autres, vous pourrez conjurer cet accident, banal en lui-même, mais que ses conséquences rendent parfois si redoutable.

(Travail de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.)

Service du Pr DIEULAFOY.

# OPHTHALMOLOGIE

## La sérothérapie en ophtalmologie,

par le Dr P. Bailliart.

L'œil est, surtout par son corps vitré, un milieu de culture parfait, d'où la fréquence des accidents infectieux, toujours graves, qui s'y déclarent soit à la suite d'un traumatisme, dont la kératite des moissonneurs est le type, soit à la suite d'une intervention opératoire, de la cataracte le plus souvent. Sans doute, la pratique rigoureuse de l'asepsie met, dans l'immense majorité des cas, à l'abri des accidents infectieux qui, il y a trente ans, venaient si souvent compromettre l'opération la plus brillamment conduite; mais la sécurité n'est pas encore absolue; s'il est possible en effet de n'employer pour l'œil, aussi bien que pour tout autre organe, que des instruments parfaitement stériles, il est impossible en revanche de faire la toilette complète du milieu opératoire. La conjonctive et la cornée tolèrent mal les antiseptiques même légers, et les bords ciliaires et les culs-de-sac palpébraux sont cependant les réceptacles habituels d'une véritable flore microbienne.

La communication de ces culs-de-sac avec les fosses nasales par les voies lacrymales est encore une cause possible d'infection. Par là s'expliquent les quelques cas d'infection, rares heureusement, et fréquents cependant si l'on compare à ce qui se passe pour la chirurgie générale, qui suivent les opérations sur l'œil.

Contre ces infections, on était naguère à peu près désarmé ; les cautérisations profondes au galvano-cautère ou avec des antiseptiques énergiques tels que le sublimé, la teinture d'iode, l'eau oxygénée, suffisaient très souvent dans les cas d'infection survenus à la suite d'un traumatisme ou d'un ulcère de la cornée; dans les cas d'infection post-opératoire, ils permettaient quelquefois d'éviter, après la panophtalmie, l'énucléation. Mais tout œil, ayant présenté des phénomènes infectieux graves, et ils

l'étaient presque toujours, ne pouvait, en mettant les choses au mieux, retrouver qu'une vision des plus imparfaites.

Les premiers essais de sérothérapie oculaire furent faits par Rœmer qui utilisa contre les accidents infectieux, contre les ulcères infectés de la cornée notamment, le sérum antipneumococcique, le pneumocoque étant un des agents les plus fréquemment rencontrés dans les infections oculaires.

Darier eut l'idée d'essayer dans les mêmes cas le sérum antidiphtérique ou même le sérum antitétanique. Il obtint exactement les mêmes résultats : amélioration rapide de larges ulcérations cornéennes, disparition d'hypopyon, par la sérothérapie employée en même temps que les autres procédés généralement utilisés : galvano-cautère, dionine en poudre, injections sous-conjonctivales. Bien d'autres auteurs employèrent, après Darier, le sérum de Roux et n'eurent qu'à s'en louer, aussi bien dans les infections d'origine traumatique que contre les accidents infectieux post-opératoires.

Deutschmann (de Hambourg), de son côté, utilisa un autre sérum obtenu par immunisation d'animaux au moyen de cultures de levures. Les résultats excellents qu'il en obtint ne sont en réalité pas différents de ceux que l'on peut obtenir tous les jours en utilisant le sérum de Roux.

Les indications de la sérothérapie en ophtalmologie paraissent aujourd'hui bien établies. Une telle méthode, comme nous l'avons déjà dit, se trouve indiquée dans deux ordres de cas.

1° *Dans les traumatismes infectés*; la kératite à hypopyon en est le type. Sans doute la sérothérapie ne peut pas, ne doit pas surtout prétendre supprimer toute autre médication ; la cautérisation ignée de l'ulcère, l'application de poudre de dionine, l'usage modéré de l'ésérine, restent absolument indiqués. Mais il n'en est pas moins vrai que, dans la plupart des cas, une seule injection de sérum suffit pour amener en vingt-quatre heures la disparition de l'épanchement purulent et la cessation presque immédiate des douleurs. Sans doute, chaque oculiste peut se rappeler des cas où, sans injection de sérum, il a vu par la seule

cautérisation disparaître des épanchements purulents de la chambre antérieure. Il se peut même parfaitement que des guérisons attribuées à la sérothérapie aient été amenées en réalité par les autres moyens concurremment employés. Il est vrai enfin que quelquefois aussi la sérothérapie échoue, mais ce qu'il y a de certain, de bien établi pour ceux qui ont régulièrement employé le sérum, c'est que. dans la grande majorité des cas, les ulcères infectés traités de cette façon ont toujours guéri plus vite, avec moins de douleurs, laissant après eux des leucomes beaucoup moins épais.

Aussi toutes les fois qu'à la suite d'un traumatisme on se trouve en présence d'une plaie déjà infectée, ou qui paraît soit d'après son aspect, soit d'après la nature de l'accident, capable de le devenir, il faut, sans hésiter, avoir recours à la sérothérapie. Deux ou trois injections de 10 cc. de Roux faites avec les simples précautions ordinaires d'asepsie dans la région du flanc donnent, presque toujours, le résultat désiré. En règle générale, d'ailleurs, la première injection est suivie d'un mieux si considérable que la deuxième peut n'être faite que quarante-huit heures après; bien entendu, cette deuxième injection serait faite plus tôt si l'amélioration escomptée ne s'était pas produite dès la première.

2° *Dans les infections post-opératoires.* — C'est dans ces cas-là que la sérothérapie donne les résultats les plus surprenants, quelles que soient d'ailleurs la nature et l'origine de l'infection exogène ou, beaucoup plus rarement, endogène. Pour que le résultat soit tout à fait bon, pour que tout puisse se passer, malgré l'infection nettement constatée, comme si rien d'anormal ne s'était produit (et nous avons observé de ces cas très démonstratifs), il faut que la sérothérapie soit très précoce, appliquée dès les premières douleurs, alors que les bords de la plaie opératoire commencent à se troubler et qu'un léger dépôt a envahi seulement une partie de la chambre antérieure. A ce moment, quarante-huit heures généralement après l'opération, une injection de 10 cc. de sérum antidiphtérique, renouvelée dès le lendemain,

amène presque à coup sûr la disparition de tous les phénomènes infectieux, permettant, pour l'avenir le retour complet de la vision.

Si l'infection est déjà plus ancienne, datant de trois ou quatre jours, les résultats beaucoup moins certains, beaucoup moins parfaits, sont encore excellents, en ce sens que des accidents graves de panophtalmie au début peuvent être parfaitement enrayés et que l'on arrive ainsi à conserver un œil qu'il aurait été nécessaire d'énucléer; quelquefois même, on peut être assez heureux dans ces cas d'infection grave déclarée pour arriver après un traitement énergique par la sérothérapie à rendre, par la suite, un peu de vision.

Dans ces cas déjà avancés, il faut agir énergiquement : 10 cc. le premier et le deuxième jour, repos de vingt-quatre heures suivi d'une troisième injection et enfin le sixième jour, s'il persiste encore des phénomènes infectieux, nouvelle injection toujours de 10 cc. Bien entendu, ce traitement général n'empêchera pas le traitement local : lavage des bords de la plaie à l'eau oxygénée, cautérisation des points infiltrés au galvano-cautère.

Telles sont les indications, nombreuses on le voit, de la sérothérapie en ophtalmologie; la méthode mérite d'autant plus d'être employée qu'elle n'a, à vrai dire, aucune contre-indication. Localement elle peut être inutile quelquefois, mais jamais dangereuse. Le seul inconvénient qu'on puisse lui reprocher, ce sont les accidents sériques que l'on voit de temps à autre survenir à la suite de la quatrième injection, rarement après la troisième. Ces accidents, toujours légers d'ailleurs, érythèmes, douleurs articulaires accompagnées parfois d'un peu de fièvre, sont toujours sans aucun danger; il suffit seulement de les connaître pour ne pas s'effrayer de leur apparition, et pour que le malade, prévenu qu'ils surviennent quelquefois, ne s'en inquiète pas lui-même.

---

# BIBLIOGRAPHIE

*Artério-sclérose et athéromasie*, par J. Teissier professeur de clinique médicale à l'Université de Lyon. Une brochure in-8° de 44 pages. Prix : 1 fr. 25. Masson, éditeur.

On connaît l'idée ingénieuse de notre confrère Critzman qui, sous le titre de *l'Œuvre médico-chirurgicale*, a entrepris la publication de monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie et en biologie, dont la rédaction est confiée à des spécialistes. Par ce temps de transformations rapides dans la science médicale, la lecture de monographies très récentes est infiniment utile. Elles permettent, en effet, de se mettre très rapidement au courant de questions qu'il serait difficile de trouver dans les livres classiques.

L'éminent professeur de Lyon s'est chargé de rédiger la brochure consacrée à l'artério-sclériose et au rétrécissement artériel consécutif. Nul n'ignore, assurément, les grands changements introduits en pathologie par l'étude de cette maladie, mais tout le monde aura bénéfice à lire l'étude très complète de M. Teissier, qui a su tracer un tableau très intéressant et exposer avec le plus grand soin toutes les nouvelles découvertes qui ont pu être faites depuis que l'on connaît bien l'adrénaline et la fonction des glandes surrénales.

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Thérapeutique médicale.

**Tuberculine spécifique (Nouvelle méthode de traitement de la tuberculose).** — D'après Krause (*Zeitschr. f. Tuberk.*, 1907, vol. XI, n° 5), le processus multiforme de la tuberculose ne peut pas seulement s'expliquer par les différences de terrains de culture (sexe, âge, race, mode d'alimentation de l'individu malade), mais encore et surtout par les variétés de l'agent pathogène, du bacille tuberculeux. Ces variétés sont mises en évidence par la manière différente dont se comportent les cultures pures et par les actions différentes exercées sur les animaux. En raison de ces faits, il est permis de supposer qu'il existe une différence naturelle entre les races et les familles variées du bacille tuberculeux,

et qu'il se produit une différenciation artificielle, quand le nouveau milieu de culture (le malade) peut influencer la nature et les propriétés du bacille.

C'est ainsi que chaque tuberculeux héberge ses microbes pathogènes plus ou moins spéciaux, qui produisent des toxines qui leur sont propres, et, de cette façon, permettent à l'organisme ou l'obligent à produire des substances protectrices ou immunisantes spéciales.

De ces considérations, il résulte que, pour combattre la maladie, une tuberculine quelconque n'est pas appropriée, mais qu'on doit préparer pour chaque cas une tuberculine spécifique avec les bacilles tuberculeux récoltés sur le malade lui-même, si on veut soutenir efficacement l'organisme dans ses efforts pour parvenir à la guérison.

S'il n'est pas possible de se procurer des bacilles tuberculeux ou des produits bacillaires provenant du malade à traiter, on peut recourir à un moyen subsidiaire consistant à cultiver des bacilles neutres sur des milieux de culture spécifiques, c'est-à-dire sur un milieu d'agar additionné du sérum de l'individu malade.

Comme l'isolement des bacilles tuberculeux et la culture exigent un temps assez long, il est à recommander de ne pas différer trop longtemps le commencement du traitement, d'établir une double culture, une culture pure et une culture provisoire rapide, suffisante pour commencer le traitement, établie sur agar glycériné additionné de bouillon de hareng; ce milieu de culture fournit une colonie appréciable au bout de deux à quatre jours qui cesse de croître au bout de sept à dix jours.

L'auteur prépare, de cette manière, une tuberculine qu'il appelle *émulsion bacillaire spécifique*, parce qu'elle est préparée comme l'émulsion bacillaire de Koch. Les cobayes servirent comme animaux d'expériences pour l'obtention de cultures pures et pour l'essai de l'activité des cultures et de l'émulsion.

Après de brillants succès sur les cobayes, la tuberculine spécifique fut employée chez l'homme avec de bons résultats consis-

tant en relèvement de l'état général, régression des symptômes morbides, amélioration dans l'état pulmonaire et influence sur les bacilles de l'expectoration.

**Traitement de l'abaissement de la pression sanguine dans la péritonite par les injections intra-veineuses de solutions salées additionnées d'adrénaline.** — Depuis deux ans, dans la péritonite généralisée, accompagnée d'une chute de la pression sanguine, H. Hoddick (*Zentralblatt f. Chirurgie*, 1907, n° 41) obtint des résultats très satisfaisants par des injections intraveineuses de trois quarts à 1 litre de sérum physiologique additionné de VI à VIII gouttes d'adrénaline.

L'injection est pratiquée dans une veine du bras, à la température de 41°, dans un intervalle de 20 à 30 minutes. La pression se relève et se maintient six à douze heures. Dans les cas favorables, deux injections suffisent.

Des injections plus fréquentes pouvaient encore retarder la mort, mais ne pouvaient l'empêcher.

**Le traitement de la goutte**, d'après Williams (*La Clinique*, 43, 1906). — L'*iodure de potassium* est un médicament excellent à condition qu'on l'emploie à doses assez élevées, ce qui, en dépit de toute vraisemblance, est d'ailleurs le meilleur moyen de n'avoir pas de phénomènes d'iodisme. Il faut commencer à 0 gr. 60 par jour. Quelques gouttes de liqueur de Fowler suffisent à éviter des troubles au cas où un rash les annoncerait.

Un autre bon médicament est le *gaïac* dont l'action est, du reste, inconnue. On peut combiner les deux et donner :

| | |
|---|---|
| Poudre de gaïac.................... | ââ 0 gr. 60 |
| Iodure de potassium............... | |

Prendre un cachet trois fois par jour. Si le gaïac irrite, on y ajoute 0 gr. 50 de craie préparée. Après chaque cachet, on doit absorber quelques bonnes gorgées d'eau.

Les *salicylates alcalins*, suspects en France, parce qu'ils dépriment et irritent les reins, peuvent être avantageusement rem-

placés par l'*aspirine* à la dose de 0 gr. 60 à 1 gr. 20. En la combinant avec le bicarbonate de soude, les effets nocifs sont en grande partie supprimés. Mais, agissant en qualité d'acides dans le cas de goutte, les salicylates doivent être donnés avec des médicaments qui, comme la noix vomique, par exemple, ne nuisent pas à leur décomposition en acides dans l'estomac.

L'*acide phosphorique* a donné des succès en dépit de la théorie qui lui attribue en partie la rétention des produits qui occasionnent la goutte.

Enfin l'*acide citrique*, sous forme de jus de citron, remédie très utilement à la diathèse goutteuse. On doit prendre au moins 15 grammes de jus de citron par jour.

**Traitement de l'asthme et de l'emphysème par l'aspirine.** — Le Dr J. Bader (*Klin. therap. Woch.*, 1907, n° 49), en raison de sa longue expérience, préconise l'aspirine comme le meilleur des médicaments capables de soulager et d'enrayer les accès. Il en a obtenu de bons résultats dans les cas où les autres remèdes avaient échoué.

Mais comme, quelquefois l'aspirine peut provoquer du collapsus, il remédie à cet inconvénient en la prescrivant avec de la caféine comme dans la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Aspirine..................... | 0 gr. 50 à 1 gr. |
| Caféine et benzoate de soude. | 0 » 10 |
| Eau........................ | 200 cc. |
| Sirop de gomme............ | Q. s. |

**Diagnose de l'insuffisance rénale et traitement de l'urémie.** — D'après O.-T. Osborne (*J. of amer. med. Assoc.*, 24 août 1907), il faut cesser toute alimentation, même le lait doit être prohibé, quand l'urémie est déclarée. S'il n'y a pas d'œdèmes, on peut permettre un peu d'eau comme boisson. Il est de la plus haute importance, à cause des troubles hépatiques toujours constants dans l'urémie, d'après l'auteur, de prescrire des irrigations larges et répétées souvent du côlon avec de l'eau chaude à 43°;

ces lavements chauds sont contre-indiqués quand la pression artérielle est basse. L'activité cutanée devra être stimulée par des frictions avec des éponges chaudes.

La saignée est indiquée dans la plupart des cas ; souvent elle doit être répétée plusieurs fois ; en tout cas, elle est le remède souverain pour débarrasser l'organisme d'une partie des toxines circulantes.

Enfin l'auteur a obtenu d'heureux résultats par l'administration de préparations de reins frais, qui remplacent vraisemblablement la sécrétion interne de l'organe qui ne remplit plus sa fonction physiologique.

Le meilleur médicament destiné à préserver des attaques d'éclampsie est la préparation de glande thyroïde.

**Un cas de tétanos traité par des injections intradurales de sulfate de magnésium.** — Partant des recherches de Metzer qui a établi que la conductibilité de la substance nerveuse est supprimée par des solutions de sulfate de magnésie à 25 p. 100 et qu'il survient des paralysies complètes motrices et sensitives par injection intradurale de ces solutions même chez l'homme, le Dr M. FRANKE (*Zentralbl. f. innere Med.*, 1907, n°14) a essayé d'appliquer cette propriété au traitement d'un cas de tétanos. A des intervalles de quelques jours, il injecta une fois 1 cc. et 2 fois 2 cc. de la solution de sulfate de magnésie, et il observa chaque fois une détente complète dans la tétanisation des muscles et la cessation rapide des accès et en outre une hypoesthésie notable dans la moitié correspondante du corps. L'action ne se maintenait que durant 1 jour.

Comme le cas observé était un cas moyen, l'auteur n'attribue pas exclusivement aux injections une guérison qui aurait pu aussi bien se produire avec d'autres médicaments. Néanmoins la méthode doit être considérée comme un moyen plus puissant que tous les antispasmodiques employés jusqu'aujourd'hui.

Le traitement par l'antitoxine et le traitement chirurgical du lieu d'infection ne devront pas être négligés.

**Traitement de l'érysipèle avec le métacrésolanytol.** — H. NEUMANN (*Berl. klin. Woch.*, 1907, nº 29) a, depuis 1900, employé avec un succès très satisfaisant le métacrésolanytol dans 23 cas d'érysipèles fébriles.

Le produit est un liquide sirupeux, noir foncé, sentant l'ichthyol, et soluble dans l'eau en toute proportion.

L'auteur l'emploie sans le diluer, et il l'applique sur la peau au moyen d'un tampon de coton en commençant à une distance de 10-12 cc. du foyer morbide et il badigeonne ce dernier avec une couche épaisse de métacrésolanytol.

Le badigeonnage est répété toutes les 24 heures. Quelquefois la température tombe après la première application; lorsqu'elle demeure élevée malgré plusieurs badigeonnages et que le pouls devient fréquent, on doit s'attendre à de sérieuses complications.

L'auteur n'a jamais observé d'effets nocifs sur le nourrisson; même dans les applications sur les extrémités des membres, il n'a jamais rencontré d'albumine dans l'urine. Les malades sensibles ressentent quelquefois une légère sensation de brûlure.

## Thérapeutique chirurgicale.

**Traitement du cancer et du lupus par le radium.** — W. J. MORTON (*Med. Record*, 1907, 9 novembre) rapporte 15 cas tant cancer que lupus traités par le radium. Il se sert de tubes en aluminium contenant chacun 10 milligrammes de bromure de radium pur dont la radioactivité est évalué à 1.800.000 unités.

Les méthodes d'application du radium doivent être variées suivant les types variés et les périodes de développement du cancer.

La méthode ordinaire employée par l'auteur consiste à introduire le tube d'aluminium dans un tube en gélatine. Le tube ainsi arrangé est couché directement sur la tache lupique qu'on désire traiter et est laissé en place un certain nombre de minutes par un premier essai clinique.

L'auteur a longtemps préconisé et pratiqué dans des cas spé-

ciaux la méthode consistant à disposer des tubes à radium dans les masses cancéreuses, ces tubes soit en verre, soit en aluminium étant renfermés dans d'autres tubes en celluloïd. Il ponctionne la tumeur avec un bistouri, et il insère le tube dans la cavité. De cette manière, le traitement peut être pratiqué sur de volumineuses tumeurs ou même sur des ganglions lymphatiques tuméfiés et sur des nodules récurrents sans provoquer de dermatite.

Depuis qu'on a montré que l'épiderme et la peau absorbent presque la moitié de l'énergie radiante du radium, bien des plaies sous la peau échappaient à l'influence des rayons X quand on opérait au dehors de la peau, mais par la méthode d'insertion des tubes de radium, l'énergie radiante est utilisée en totalité.

**Traitement du carcinome par la pancréatine.** — Le Dr R. HOFFMANN (*Münch. Med. Woch.*, 1907, n° 46) traita un carcinome récidivant inopérable chez une femme de soixante-huit ans (la tumeur englobait l'oreille externe), en saupoudrant avec de la pancréatine pure de Merck.

La surface ulcérée se cicatrisa, la tumeur diminua de volume; la malade fut frappée de mort subite pendant le traitement, probablement par embolie.

L'étude microscopique de la tumeur montra que la pancréatine avait provoqué une infiltration cellulaire et une imprégnation œdémateuse du tissu conjonctif, analogues à celles produites par les rayons de Rœntgen.

**Traitement du cancer par le thymus.** — GWYER (*Annals of Surgery*, juillet 1907) préconise l'emploi de la glande en poudre à la dose de 4 à 15 grammes quatre fois par jour, avec 2 grammes de phosphate de soude une fois par jour pour favoriser l'élimination. La glande de veau fraîche est soumise à la dessiccation et réduite en poudre; on peut aussi employer l'extrait aqueux de cette glande par la voie buccale ou par la voie hypodermique.

Grâce à l'emploi du thymus, la douleur est diminuée ou supprimée. La tumeur diminue de volume, la digestion s'améliore, les selles sont régularisées, l'état général devient meilleur et les forces reviennent.

L'usage de ce remède peut causer une rapide désintégration de la tumeur et par conséquent entraîner une violente auto-intoxication.

L'auteur prétend que la rapidité du traitement devra être en proportion directe de la rapidité de développement de la tumeur.

## Maladies de la peau.

**Traitement de l'impétigo** (*Écho médical du Nord*). — *Traitement local. Impétigo aigu.* — La première indication consiste à faire tomber les croûtes, derrière lesquelles sont masquées les véritables lésions actives, qu'il faut atteindre. Cette indication sera facilement remplie par l'application de *cataplasmes aseptiques* ou de pansements humides très légèrement antiseptiques.

Les croûtes tombées, on trouve une érosion superficielle, suintant abondamment. Le topique de choix est alors l'*eau d'Alibour*, médicament de l'ancienne pharmacopée modifié et remis en honneur par Sabouraud. En voici la formule :

| | |
|---|---|
| Eau camphrée saturée et filtrée............ | 200 gr. |
| Sulfate de cuivre........................ | 2 » |
| Sulfate de zinc.......................... | 7 » |

Pour l'usage, cette solution sera étendue de deux fois son volume d'eau. Il importe d'insister sur la nécessité de filtrer l'eau camphrée.

Les paillettes de camphre qu'elle pourrait contenir sont, en effet, extrêmement irritantes pour la peau et occasionneraient des nécroses suivies de cicatrices indélébiles. Toutes les deux heures environ, on fera toucher les parties malades avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé de cette solution. Assez rapidement les lésions cesseront de s'accroître et de suinter. On emploiera alors avec profit une pâte légèrement antiseptique, au *borate de soude* par exemple, ou la pommade préconisée par Vidal :

| | | |
|---|---|---|
| Cérat sans eau........................... | 20 | gr. |
| Huile de cade............................ | 1 | » |
| Précipité jaune.......................... | 0 | » 50 |

A côté des lésions croûteuses, on peut rencontrer des éléments en voie de formation, qu'il importe de traiter énergiquement si l'on veut arrêter rapidement l'extension de la maladie. La phlyctène sera très largement ouverte avec des ciseaux, et sur l'exulcération on appliquera comme précédemment de l'eau d'Alibour.

*Impétigos parasitaires.* — Dans le traitement de l'impétigo parasitaire, on reléguera au second plan l'impétigo, élément surajouté, et c'est la thérapeutique spéciale à chaque affection qui donnera les meilleurs résultats.

*Impétigo scabieux.* — L'impétigo scabieux sera de préférence soigné par la *frotte*, qui aura pour résultat immédiat d'arrêter le développement des pustules. Mais il est des cas dans lesquels l'étendue des lésions rend cette thérapeutique impossible. On emploiera alors les pommades au baume du Pérou, au naphtol, etc.

*Impétigo phtiriasique.* — Le premier temps du traitement de l'impétigo phtiriasique consistait autrefois et consiste souvent encore à couper les cheveux entièrement. Chez les jeunes femmes, on peut éviter ce sacrifice avec un peu de patience. SABOURAUD recommande de mouiller très abondamment les cheveux avec la liqueur suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Bichlorure de mercure................ | 1 | gr. |
| Acide acétique cristallisable........... | 4 | » |
| Alcool à 90°.......................... | ââ 200 | » |
| Eau distillée.......................... | | |

**Traitement interne de l'acné.** — Dans la plupart des cas (94 p. 100) examinés par J. KOPP (*Therap. Monatsh.*, 1907, n° 3), il existait une augmentation considérable de la fermentation putride des matières albuminoïdes dans le canal intestinal. Le tube digestif de ces malades présentait des conditions particulièrement favorables au développement des fermentations putrides, provoquées peut-être par une certaine paresse du péristaltisme

qui se rencontre souvent dans les années de la puberté. Ce parallélisme dans le développement d'une fermentation élevée des albuminoïdes et dans l'apparition de l'acné engagèrent l'auteur à instituer une médication antifermentative stimulante de l'activité péristaltique de l'intestin. Il administra, dans ce but, du soufre sublimé combiné avec du menthol (1 gr. à 0 gr. 25, deux à trois fois par jour).

Dans 33 cas d'acné juvénile, renfermant toutes les variantes possibles de cette affection, il observa une amélioration caractéristique au bout de trois à quatre mois de traitement, et plusieurs fois une guérison complète. Le remède a toujours été bien supporté, sauf dans un cas où on observa de la diarrhée et des coliques qui disparurent après la cessation du médicament. Comme première conséquence de ce traitement, on observait une garde-robe à l'état de bouillie. L'élimination des phénols sulfo-conjugués diminuait régulièrement et se maintenait à un taux inférieur pendant toute la durée de la cure. Souvent déjà après les trois à quatre premières semaines, on observait une guérison rapide des boutons d'acné récemment poussés. Les nouveaux boutons se montraient plus rarement et disparaissaient définitivement. La thérapeutique locale était réduite à son minimum pendant ce traitement et consistait en incision et en application d'emplâtre mercuriel phéniqué pour l'écoulement du pus et la peau était désinfectée par une solution alcoolique de savon au formol pour la garantir contre une nouvelle infection des comédons ou des follicules voisins.

## Pharmacologie.

**Modes d'action du chloroforme sur le rein** (D[r] DALIMIER, *Soc. méd. de l'Elysée*). — Si l'on envisage l'action de la narcose chloroformique chez les sujets dont le rein est sain en apparence, on voit que, dans 13 p. 100 des cas environ, cette narcose est suivie d'albuminurie, albuminurie le plus souvent légère et passagère, puisque sa durée varie en général de un à six jours.

Mais l'atteinte rénale peut être plus prononcée, se traduire par des modifications du chimisme urinaire, par l'apparition de cylindres hyalins et granuleux, d'hématies, de cellules épithéliales du rein. Elle peut même être assez grave pour déterminer l'explosion d'accidents mortels.

Chez les sujets dont les reins sont déjà altérés, chez les néphrétiques, la chloroformisation augmente le taux de l'albumine, et, dans des cas trop nombreux et trop peu connus, le malade succombe à l'urémie avec ou sans anurie.

Voilà le fait brutal : comment l'interpréter? Vous avez le choix entre trois théories :

La théorie sanguine, qui fait intervenir, sans la prouver, l'altération de la crase sanguine ;

La théorie nerveuse qui, expériences de Vulpian et de Claude Bernard à l'appui, veut expliquer l'albuminurie par l'action du chloroforme sur le système nerveux, mais ne peut rendre compte ni des dégâts anatomo-pathologiques, des lésions épithéliales des tubuli contorti, ni des signes cliniques qui prouvent l'existence d'une véritable néphrite chloroformique;

La théorie toxique enfin, à laquelle se rallie l'auteur, le chloroforme agissant, soit en nature, soit par des produits de dissociation, sur l'épithélium rénal, comme agissent le phosphore et la cantharide.

Mais notre confrère, refusant de se payer de mots, veut aller plus loin dans son étude pathogénique.

Il conçoit que des lésions rénales antécédentes créent un « locus minoris resistentiæ » constituant un point toxique du chloroforme, mais il se demande pourquoi certains sujets, dont les reins sont sains en apparence, présentent des déterminations post-chloroformiques, alors que d'autres placés dans des conditions identiques restent indemnes.

Ni la qualité ni la quantité de chloroforme inhalé n'ont d'importance, pas plus d'ailleurs que la durée de la narcose ou la nature de l'intervention chirurgicale.

L'auteur fait alors intervenir un facteur nouveau, la prédis-

position, le défaut de résistance aux toxi-infections, la débilité rénale en un mot. Le chloroforme agirait sur ces reins anormalement vulnérables, comme agirait d'ailleurs sur eux n'importe quelle infection, même la plus bénigne.

Cette débilité rénale, facile à déceler par l'ingestion de blancs d'œufs par l'injection sous-cutanée d'ovo-albumine ou par l'épreuve de la chlorurie alimentaire, serait en général d'origine congénitale, parfois cependant secondaire à une cachexie, à une intoxication antérieure. Elle nous donnerait l'explication de ces accidents imprévus, survenant soit au cours, soit à la suite de la narcose chloroformique, dont l'emploi, et surtout l'emploi répété, serait, en ce cas, absolument contre-indiqué.

Les conclusions de notre confrère sont, on le voit, peu rassurantes, et les chirurgiens semblent perdre, côté rein, une partie du terrain gagné côté cœur. Le rapport de Huchard à l'Académie de médecine avait, en 1902, considérablement élargi leur champ d'action, en leur abandonnant généreusement les cardio-aortiques ; devons-nous maintenant leur rogner les ailes, leur arracher les rénaux, peut-être plus nombreux encore que les cardiaques, surtout si les débilités rénaux, tous les néphrétiques en puissance, viennent en grossir les rangs pressés ? Nous ne le pensons pas ; mais notre confrère a fait œuvre utile, en attirant l'attention des opérateurs sur cette question encore trop peu connue, en les incitant à la prudence, en démontrant enfin, une fois de plus, que l'intérêt bien compris des malades exige une étroite coopération de la sagesse médicale avec la hardiesse chirurgicale.

# FORMULAIRE

### Contre les douleurs du cancer gastrique.

(BRISSAUD.)

| | | |
|---|---|---|
| Chlorate de soude.................. | | 10 gr. |
| Eau distillée........................ | ââ | 60 » |
| Sirop de fleurs d'oranger............ | | |

Une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

### Pulvérisations sur les plaques d'urticaire.

(O. MARTIN.)

| | | |
|---|---|---|
| Menthol.......................... | | 10 gr. |
| Chloroforme...................... | ââ | 30 » |
| Ether sulfurique................. | | |
| Alcool camphré................... | | |

### Pilules de sublimé contre la syphilis.

(GUIARD)

| | |
|---|---|
| Extrait thébaïque....................... | 2 gr. |
| Glycérine.............................. | 5 » |
| Gluten finement pulvérisé.............. | 15 » |
| Sublimé................................ | 2 » |
| Chlorure de sodium..................... | 2 » |
| Eau.................................... | 6 » |

Dissoudre l'extrait dans la glycérine, ajouter le gluten, puis la solution chlorhydrargyrique et faire 200 pilules.

*Le Gérant :* O. DOIN.

Paris. — Imprimerie LEVÉ, rue Cassette, 17.

# LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## SEIZIÈME LEÇON

### Traitement du rhumatisme blennorragique

(*Suite*)

par le Professeur Albert Robin,
de l'Académie de médecine.

VI

Chez notre deuxième malade, devions-nous appliquer le même traitement? Evidemment non. Le salicylate de soude était nettement contre-indiqué par l'état du rein : souvenez-vous qu'il y avait un gramme d'albumine par litre d'urine. La cystite et la pyélo-néphrite passaient donc au premier plan.

Dans quelle mesure le rein était-il touché? Y avait-il une néphrite vraie ou un simple retentissement de la pyélite sur le rein? Quelle que fût la réponse, le même traitement s'imposait, à savoir : le *régime lacté* et la *désinfection des voies urinaires*.

Instituant d'emblée ce traitement, j'ai pu trancher la question et me convaincre que la pyélite était surtout en cause. J'ai prescrit le régime lacto-végétarien, l'urotropine et l'infusion de bourgeons de sapin.

L'*urotropine*, introduite en 1894 par M. G. Bardet dans la thérapeutique sous le nom de *formine*, n'est autre que l'hexaméthylènetétramine qui possède la propriété de se décomposer dans les voies urinaires, en mettant en liberté de la formaldéhyde dont vous connaissez les propriétés antiseptiques. Elle est donc un désinfectant urinaire de premier ordre. Il est inutile d'en donner d'emblée des doses élevées. Il suffit d'en prescrire 1 gr. 50 par jour en trois

cachets, le premier au réveil, les deux autres une demi-heure avant chaque repas. Cela suffit généralement. Ce n'est que lorsque je vois le médicament bien toléré par l'estomac : — ce qui n'est pas toujours le cas — que j'élève la dose quotidienne jusqu'à 2 gr. 50. Vous n'oublierez pas de vous assurer que l'urine est acide, condition indispensable pour le dédoublemeut de l'urotropine et la mise en liberté du formol. S'il est nécessaire, vous réaliserez cette acidification à l'aide d'une petite quantité de *benzoate de soude*.

Tel est le traitement que j'ai institué d'emblée. Il y avait obligation à laisser momentanément de côté la maladie principale pour viser les complications plus urgentes, et l'événement m'a donné raison, car le pus des urines a diminué aussitôt pour bientôt disparaître. En même temps, l'albumine diminuait de moitié; ceci nous permet de supposer qu'il ne s'agissait pas d'une véritable néphrite, mais d'un simple retentissement de la pyélite sur le rein, et ce diagnostic fut vérifié par l'événement, puisque l'albumine disparut bientôt complètement. Ce qui reste de la pyélite cédera à l'emploi de l'urotropine et du benzoate de soude, — huit jours de l'une, huit jours de l'autre, alternativement.

Si la pyélite résiste à ce traitement, je donnerai de *l'huile de Haarlem*, encore un vieux médicament oublié, dont la formule n'est plus secrète; c'est un mélange d'essence de baies de genièvre et d'huile de baies de laurier. Il faut la prescrire en émulsion, plutôt qu'en capsules qui risquent de fatiguer l'estomac. On donnera donc X, XII à XV gouttes d'huile de Haarlem, émulsionnée dans du *sirop de baume du Canada* ou dans la *décoction de Carragahen*.

Enfin, comme dernière ressource, vous emploierez contre

la pyélite la *térébenthine* et le *camphre*, que vous pourrez prescrire, par exemple, sous forme de pilules, de la façon suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Térébenthine de Venise | 6 gr. | » | » |
| Camphre porphyrisé | 6 | » | » |
| Extrait thébaïque | 0 | » | 25 |
| Extrait alcoolique d'aconit | 0 | » | 15 |

*M. f. s. a.* 60 pilules. 2 à 6 dans les 24 heures.

## VII

J'arrive maintenant au *traitement local de l'arthrite.*

L'*immobilisation* est le meilleur moyen de calmer la douleur, sinon de limiter l'évolution de l'arthrite.

Mais il est nécessaire que cette *immobilisation* soit pratiquée d'une façon convenable, sans compression à l'aide de bandes. Vous emploierez une gouttière bien capitonnée d'ouate et close par devant avec de simples lacs, de façon à vous permettre de surveiller de temps en temps l'articulation et d'y appliquer les topiques utiles. Au bout de 48 heures d'immobilisation, vous obtiendrez presque toujours une sédation de la douleur, souvent même sans l'adjonction du *traitement local* dont il va être question.

Pour celui-ci, vous n'avez que l'embarras du choix. Voici d'abord un liniment dont la formule est due à Bourget (de Lausanne) et dont je me suis toujours loué :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique | } ââ 10 gr. |
| Essence de térébenthine | |
| Axonge | |
| Lanoline | 80 » |

Lucas-Championnière a recommandé l'emploi de l'*onguent napolitain*, en y joignant un peu de compression. Le moyen est bon, mais la compression est difficilement supportée

dans les arthrites très douloureuses et les malades supplient bien vite qu'on leur enlève leur appareil.

Je ne vous recommanderai ni l'*ulmarène*, ni le *salicylate de méthyle*, ni les médicaments analogues qui n'ont d'autre effet réel que de dégager une odeur fort désagréable sans présenter aucun avantage pour le malade. J'y ai définitivement renoncé.

J'ai employé parfois avec avantage l'application de compresses imbibées de *liqueur de Van Swieten*, dans les cas où le liniment de BOURGET ne réussissait pas. Elles provoquent quelquefois de la rougeur et de la douleur. Il faut alors les remplacer par des compresses trempées simplement dans l'eau froide.

L'immobilisation doit être aussi courte que possible. Il faut la cesser aussitôt que les douleurs sont calmées, car elle deviendrait rapidement dangereuse, en favorisant l'ankylose. On doit, dès que l'articulation n'est plus douloureuse, lui donner quelque liberté et même commencer à pratiquer quelques effleurages légers et un certain degré de mobilisation prudente.

On a préconisé aussi comme traitement local de l'arthrite blennorragique la *méthode de Bier*, qui consiste, comme vous le savez, à provoquer artificiellement un œdème de la région en y interrompant la circulation au moyen d'un bandage compressif placé à la racine du membre. BIER a remarqué, en effet, que les micro-organismes vivent difficilement dans le liquide de l'œdème, généralement chargé en acide carbonique. Il a basé sur cette observation toute une méthode, qu'il a appliquée spécialement aux arthrites tuberculeuses et même aux infections locales en général.

Toutefois, il ne paraît pas être sans inconvénients de prolonger la production de cet œdème jusqu'à 10 ou 12 heures,

comme le comporte la méthode intégrale. Dans l'arthrite blennorragique, Hirsch a réuni 24 observations de traitement par ce procédé, en réalisant la compression à l'aide de la bande d'Esmarch. Le premier jour, il ne la fixait que pendant quelques minutes, puis il augmentait chaque jour la durée des séances, jusqu'à production de l'œdème bleu. Il a annoncé, sur ces 25 cas, 10 guérisons.

Je n'y ai recouru que deux fois, et sans observer de diminution des douleurs, bien au contraire. Je n'ai pas vu davantage de résolution articulaire. Peut-être même, dans l'un de mes cas, ai-je plutôt noté une aggravation des symptômes.

Voici enfin d'autres moyens locaux auxquels vous pourrez avoir recours. Il y en a trois qui m'ont donné dans quelques cas des résultats très nets.

Ce sont d'abord les *ferments métalliques*. Je possède cinq exemples de leur utilité. Je me suis servi du palladium colloïdal, en injections sous-cutanées profondes. J'ai observé une diminution très rapide des douleurs, en même temps qu'une résolution remarquable de l'arthrite. Ce sont là des essais extrêmement encourageants que je me propose de continuer.

Vient ensuite le *collargol*, employé en pommade. Toutes les fois que j'en ai fait usage, dans le rhumatisme blennorragique, j'en ai été très satisfait, quoique son activité soit inférieure à celle des ferments métalliques.

Enfin, avec M. Dominici, j'ai fait l'essai des *émanations du radium*. Cet essai a été pratiqué avec son consentement, sur notre deuxième malade. Son articulation radio-carpienne a été recouverte d'une plaque radifère. Je dois dire que j'ai été véritablement émerveillé par la rapidité avec laquelle les douleurs ont cessé et la résolution s'est manifestée. Il est

vrai que notre malade a vu se produire, à ce moment, une orchite et qu'on admet assez généralement que l'apparition de cette complication est le signal d'une régression des accidents généraux. Mais j'assure que jamais je n'ai vu cette régression se produire avec une pareille rapidité. Il s'agit là d'un traitement appelé sûrement à un très grand avenir.

Le cas de notre troisième malade réclamait quelque chose de plus que les traitements précédents ; car, chez elle, la période chronique était commencée et il existait de véritables lésions acquises du côté de ses articulations et de ses muscles.

Mais disons de suite un mot de sa blennorragie. Elle est presque terminée : cependant, il faut tarir son écoulement d'une façon définitive, et ce n'est plus le cas, ici, de pratiquer le « laisser couler ». Des injections seront faites à l'aide de *permanganate de potasse* au millième ou du *protargol* en solution à 0,25 pour 100. A l'intérieur, on donnera un *opiat balsamique*, vieux moyen sans doute, mais que je crois toujours utile, pourvu que l'estomac le supporte.

Je formule :

| | |
|---|---|
| Copahu.................................. | 20 gr. |
| Poivre cubèbe.......................... | 40 » |
| Tartrate ferrico-potassique............... | 3 » |
| Magnésie calcinée....................... | 10 » |
| Eau distillée.............................. | 6 » |
| Sirop de coings.......................... | q. s. |

Pour consistance d'opiat.

Prendre chaque jour cinq à six bols de la grosseur d'une noisette.

Dans cette formule, vous remarquerez l'adjonction d'un sel soluble de *fer*, destiné à remédier à l'anémie et au mauvais état général de notre malade. La *magnésie* est là, non seulement pour solidifier le copahu, comme il est dit au

Codex, mais pour prévenir l'irritation gastrique que les balsamiques produisent trop souvent et qui se traduit par de l'hyperesthésie de la muqueuse et par du pyrosis. L'eau n'a d'autre raison d'être que de dissoudre le tartrate ferrico-potassique, qui doit se trouver également réparti dans la masse, sous peine d'exposer à des troubles s'il s'en est trouvé une dose trop forte en quelque boulette. Le *sirop de coings* donne la consistance générale, tout en modérant l'effet diarrhéique du *copahu*.

## VIII

Je reviens au traitement des lésions articulaires de notre malade, qu'une immobilisation trop prolongée a conduite à l'ankylose et, conséquemment, à des atrophies musculaires.

Le premier moyen employé est le *massage*, que vous verrez le Dr ROSENBLITH pratiquer dans mon service avec un dévouement et une compétence au-dessus de tout éloge. C'est qu'ici il s'agit d'un massage particulièrement délicat, au cours duquel le médecin doit non seulement restituer à l'articulation sa mobilité perdue, mais ranimer la vitalité des tissus et des groupes musculaires et pratiquer une véritable rééducation des muscles dont le malade a pu conserver l'usage et qui vont suppléer ceux qui ne fonctionnent plus. C'est ainsi que les groupes musculaires éloignés seront l'objet de soins tout spéciaux, afin que la vitalité du membre tout entier en soit influencée. Pour la jambe, ce sera le triceps fémoral ; pour la main, ce seront les muscles de l'avant-bras.

L'*électricité* s'emploie de deux manières : celle qu'a préconisée le Dr DELHERM, qui applique directement à l'articulation malade des courants continus assez intenses, attei-

gnant 70 milliampères, méthode que je considère comme plutôt dangereuse, — enfin le procédé, en quelque sorte indirect, qui consiste à faire usage de courants faradiques de faible intensité, appliqués sur les groupes musculaires éloignés, pour ranimer leur contractilité et activer leur nutrition. J'avoue que c'est cette dernière méthode qui a mes préférences.

La *révulsion* est encore un moyen utile, à condition de la pratiquer prudemment et par étapes. J'abandonne ici le vésicatoire, dont je suis par ailleurs un partisan fidèle, et je lui préfère des applications de *teinture d'iode* et des *pointes de feu* très fines, très superficielles et fréquemment répétées.

M. Balzer a importé chez nous une méthode anglaise qu'il a un peu modifiée et qui est excellente : c'est le *bain térébenthiné*, qui se formule ainsi :

| | |
|---|---|
| Essence de térébenthine............ | āā 100 gr. |
| Savon noir........................ | |

Pour un bain.

On obtient par ce moyen une bonne révulsion générale. C'est sous cette forme, celle de bain général, que je lui ai trouvé le plus d'avantages, de préférence au bain local dont les effets sont bien plus lents et moins sûrs.

Enfin, pour aider à la résorption des exsudats et pour faciliter la réduction de l'ankylose, vous pourrez avoir recours aux *bains de sable très chauds* (70°, et même, par étapes, 80°) ou aux *bains locaux d'air surchauffé*, selon la méthode de Tallermann.

Je citerai encore le *cataplasme de Trousseau*, dont M. Dieulafoy est resté, je crois, le dernier partisan, bonne méthode, mais un peu lente ; les bains locaux de boues minérales, soit de *Dax*, soit de *Saint-Amand*, procédé non négligeable ; enfin, par-dessus tout, les *bains de vapeur térébenthinés*, dont

vous m'avez vu faire un usage fréquent dans notre service, et qui donnent parfois des résultats surprenants, mais qui exigent quelque surveillance dans leur maniement.

Pour terminer, n'oubliez pas l'*état général* de votre sujet. A notre troisième malade, très anémique, nous avons donné, comme vous l'avez vu, du fer incorporé à un opiat. Quand les derniers résidus de la blennorragie auront disparu, et que nous devrons cesser l'opiat, elle continuera à prendre le fer sous la forme de *sirop de citrate de fer* du Codex, à la dose d'une cuillerée à soupe donnée avant chacun des deux principaux repas.

Et de dix en dix jours, elle alternera le sirop de citrate de fer, avec la solution résolutive suivante :

| | |
|---|---|
| Arséniate de soude.................. | 0 gr. 05 |
| Iodure de potassium................. | 5 » |
| Eau distillée......................... | 300 » |

Prendre deux cuillerées à soupe par jour, la première au réveil, la seconde avant le déjeuner.

Je ne veux pas terminer cette leçon sans vous dire un mot du *traitement dit médico-chirurgical.*

Je passe sur la *ponction simple* proposée par M. QUEYRAT et aujourd'hui abandonnée, et je signalerai la méthode qu'a préconisée M. GAILLARD et qui consiste dans la ponction de l'articulation suivie d'une injection antiseptique modificatrice. M. Gaillard emploie une seringue de Roux de 20 cc. à l'aide de laquelle il vide d'abord l'articulation, puis, la canule restant en place, il injecte une *solution de sublimé* à 1 p. 4.000, qu'il aspire ensuite. On pratique ainsi quatre ou cinq injections successives. Au lieu de sublimé, on a proposé encore une solution faible d'*acide phénique*, et même une solution de *chlorure d'or et de sodium* de 1 p. 2.000 à 1 p. 10.000.

De cette méthode, je ne puis vous dire que ceci. Je l'ai employée une seule fois et j'ai eu un succès. Il s'agissait d'une articulation très distendue et très douloureuse avec un mauvais état général. Malgré cela, je ne suis pas disposé à y avoir de nouveau recours dans la pratique ordinaire, et je pense qu'il faut la réserver pour les cas exceptionnels, où l'état général est mauvais et où le gonflement et la douleur ne peuvent être calmés par aucun des moyens que je vous ai indiqués. Vous trouverez dans la thèse de M. Guyot (1906) toutes les indications relatives à son emploi, ainsi que des observations démontrant qu'à l'aide de ce traitement, la fièvre tombe, la douleur disparaît et la mobilisation précoce de l'articulation est possible.

Quant au traitement chirurgical proprement dit, c'est-à-dire à l'*arthrotomie*, je le repousse absolument, cela va sans dire, sauf le cas d'urgence que créerait la suppuration évidente de l'articulation.

C'est donc à la méthode purement médicale que vous aurez recours et vous avez pu voir que celle-ci vous offre des ressources largement suffisantes. Mais vous ne perdrez pas de vue la nécessité de faire varier votre thérapeutique selon les indications personnelles du cas en cause, l'équation stricte entre la maladie et le traitement étant impossible dans cette affection, comme dans la plupart des autres.

Vous résisterez aux promesses imprudentes des méthodes chirurgicales, et ce faisant, vous aurez bien agi, d'abord parce que vous aurez défendu les intérêts de votre malade, puis parce que vous n'aurez pas contribué à faire sortir du domaine médical une maladie qui lui appartient absolument et que vous êtes aptes à traiter.

# THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

## La question de l'arthritisme,

par le Dr J. LAUMONIER.

(*Suite.*)

### III

### *Le cycle arthritique.*

Chez le suralimenté, préarthritique, les premiers troubles qui éclatent sont des accidents de fatigue ou de surmenage. Il importe de préciser le sens de ces deux mots qui n'est pas toujours parfaitement compris.

En manifestant ses propriétés, c'est-à-dire en fonctionnant et en assimilant, toute cellule, tout tissu produit des déchets — non d'usure, comme on le dit ordinairement à tort — mais d'utilisation, représentés par *ce qui reste* des molécules plastiques ou dynamophores utilisées, et dont la qualité varie avec la nature des substances (protoplasma e aliments) mis en présence, et la quantité avec l'intensité de l'activité vitale. Ces déchets sont de deux sortes : insolubles ou solubles dans le milieu. Les premiers précipitent là même où ils apparaissent, encroûtent les tissus et les organes, et, par la diminution de résistance que ce dépôt entraîne, préparent la voie à l'intervention des macrophages et à la formation des tissus de sclérose. Cette accumulation, intimement et indissolublement liée au fonctionnement, est la cause de tous les phénomènes de vieillesse (1) qui devient ainsi d'autant plus précoce que l'hyperfonctionnement a été plus intense.

Les déchets solubles diffusent dans le milieu intérieur;

(1) Cf. ma *Physiologie générale*, livre III, et divers articles sur la *vieillesse* et la *fatigue* dans la *Vulgarisation scientifique*, 1903.

ils jouissent de la propriété d'inhiber le fonctionnement quand ils atteignent, dans ce milieu, un certain degré de concentration. Cette inhibition constitue la *fatigue*; elle est la conséquence de l'hyperfonctionnement, parce que la machine humaine est réglée pour éliminer en un temps donné, par ses émonctoires, une quantité définie de déchets correspondant à un fonctionnement moyen, partant normal. Du moment que ce fonctionnement est dépassé — ce qui est le cas des suralimentés, nous le savons — il y a accumulation de déchets solubles, fatigue. A la fatigue il n'y a qu'un remède, le repos, parce qu'alors, la production des déchets diminuant et leur élimination continuant, leur concentration s'abaisse assez dans le milieu intercellulaire pour que le fonctionnement ne soit plus entravé.

Même quand l'activité a été momentanément très intense, le repos nocturne suffit à l'élimination des déchets qui causent la fatigue. Mais si cette activité est en outre continue, si elle se reproduit tous les jours, pendant longtemps, le sommeil n'est plus capable d'éliminer l'excès des déchets. Ces derniers s'accumulent, la fatigue persiste au réveil, l'auto-intoxication s'installe en permanence et entraîne, par le repos forcé de certains éléments tissulaires, leur altération dégénérative. C'est le *surmenage*, auquel il est bien plus difficile de porter remède qu'à la fatigue, puisqu'il laisse après lui des points de résistance diminuée, des manques dans la continuité fonctionnelle, de véritables lésions.

Grâce à ces notions, nous comprenons que l'hyperfonctionnement du suralimenté ne puisse indéfiniment durer et qu'à un moment donné, tôt ou tard, des troubles apparaissent qui sont tout d'abord des accidents de fatigue.

Les premiers troubles qui apparaissent ne sont pas toujours des troubles digestifs ; ils peuvent être nerveux, néphré-

tiques, vasculaires, cardiaques, suivant l'espèce de l'organe le moins vigoureux. Mais comme il convient que leur exposé clinique reste clair et méthodique, je crois avantageux de suivre l'ordre de succession le plus habituel des phénomènes morbides.

C'est entre quarante-cinq et cinquante ans, parfois plus tôt, rarement plus tard, qu'ils se montrent. Les glandes et la musculature de l'estomac se sont fatiguées à la longue et cessent de remplir convenablement leur rôle. Les digestions se font plus lentes, pénibles; la stase gastrique entraîne des fermentations anormales, des ballonnements. Il y a des malaises vagues, de la somnolence après les repas. Le sommeil devient moins bon, agité par des cauchemars. Enfin les maux de tête peuvent surgir, ainsi que les vertiges.

De l'estomac, les altérations fonctionnelles passent vite à l'intestin. L'hyperacidité du bol gastrique a été, pendant un temps, neutralisée par les sécrétions biliaires et entériques, mais ces sécrétions elles-mêmes finissent par devenir insuffisantes à ce point de vue et alors les enzymes pancréatiques et intestinaux qui ont besoin, pour agir, d'un milieu neutre ou faiblement alcalin, deviennent incapables d'achever l'élaboration des aliments. Alors les résidus s'accumulent, et de préférence dans la région cæcale, comme l'ont bien montré Pascault et Sigaud, où ils sont la proie des microorganismes. De là l'excessive fréquence des crises appendiculaires chez les suralimentés. D'autre part, contre l'acidité anormale de son contenu, la muqueuse intestinale réagit et par les contractions irritatives, qui produisent le spasme, la constipation, la douleur, des diarrhées intermittentes, et par une sécrétion muqueuse défensive et abondante qui protège cette paroi, mais en même temps restreint et empêche l'absorption alimentaire. De là les entérites et

les entéro-colites et les manifestations nerveuses qui y sont liées, tantôt les commandant, tantôt en étant l'effet.

Cette étape digestive est accompagnée de troubles corrélatifs du côté du foie, des vaisseaux, du système nerveux, qui ont été déjà signalés dans l'état pléthorique, mais qui maintenant s'aggravent. A l'examen, en effet, en outre de la distension gastrique, de l'encombrement cæcal, d'une modification plus ou moins marquée de la tension abdominale, d'un côlon plus ou moins moniliforme, on constate un foie douloureux, plus spécialement dans son lobe gauche, des signes d'hypertension portale, une pression artérielle souvent supérieure à la normale, des varices ou des hémorroïdes, un cœur émotif. Enfin les rapports d'échanges urinaires attestent une toxicité et un coefficient de déminéralisation totale et de phosphaturie en augmentation appréciable, qui donnent la raison objective des troubles neurasthéniques et psychasthéniques alors si souvent observés. L'ensemble de ces phénomènes morbides corrélatifs est généralement attribué à l'auto-intoxication d'origine alimentaire, question d'autant plus importante à examiner qu'elle semble avoir reçu dernièrement une solution inattendue.

Il était admis jusqu'ici que les déchets toxiques, résultant des putréfactions intestinales, sont résorbés, et normalement arrêtés et modifiés par la glande hépatique. Mais si la fonction antitoxique du foie est, pour une cause ou pour une autre, insuffisante, ces poisons tombent dans la circulation générale et vont empoisonner tout l'organisme et plus spécialement le système nerveux. Ainsi s'expliquaient tous les prétendus accidents toxiques des fermentations digestives anormales et de la coprostase, les migraines, les névralgies, certaines dermatoses, la chlorose, etc. Mais les

recherches de Falloise (1) fournissent de ces phénomènes une autre interprétation.

Falloise, qui a eu la bonne fortune d'avoir à sa disposition un malade portant une fistule de l'intestin grêle, a démontré en effet que : 1° la toxicité du contenu intestinal n'est pas due surtout à la putréfaction des albuminoïdes, puisque la toxicité des matières fécales est de beaucoup inférieure à celle du contenu de l'intestin grêle, où cependant l'albumine n'est pas attaquée par les microbes et ne subit pas la putréfaction; 2° le foie ne modifie pas sensiblement les poisons de l'intestin, puisque des chiens, injectés par la veine porte ou par la jugulaire avec une même quantité d'extrait aqueux de matières fécales, meurent avec les mêmes symptômes et à peu près dans le même temps; — 3° enfin, l'épithélium intestinal modifie et arrête, *quand il est intact*, les poisons intestinaux, puisqu'une certaine quantité d'extrait aqueux de matières fécales injectée dans une anse isolée de l'intestin est absorbée comme une solution saline, sans aucun symptôme d'intoxication, quand la muqueuse est saine, mais détermine au contraire les accidents classiques de l'intoxication, quand cette muqueuse a été lésée par un moyen quelconque.

Ces expériences sont extrêmement importantes, car elles permettent de donner à certains phénomènes leur véritable signification. Les accidents généraux, notés plus haut chez le suralimenté, ne peuvent plus être considérés comme le résultat de l'intoxication digestive. Tant que la muqueuse est intacte, ils sont uniquement attribuables à l'irritation réflexe et la toxine ne joue aucun rôle direct dans leur production; ils dérivent d'actions purement tropho-névrotiques.

---

(1) *Archives internationales de Physiologie*, 1907.

Quand au contraire la muqueuse est suffisamment altérée, les phénomènes sont d'ordre toxique ; ils présentent en effet une allure bien différente, comme on le constate aisément en comparant ce qui passe dans la coprostase simple avec encombrement cæcal et dans l'entéro-colite avec selles sanglantes. Ce sont, on peut le dire, les lésions intestinales qui ouvrent la porte aux manifestations bruyantes de l'empoisonnement autogène, mais, avant elles, le système nerveux irrité avait réagi par ces accidents douloureux, vasculaires, congestifs, tropho-névrotiques, que présentent les suralimentés à la phase du surmenage.

Si le foie est insuffisant à l'égard des poisons intestinaux, il n'en remplit pas moins des fonctions antitoxiques énergiques à l'égard des déchets de fonctionnement, fonctions qu'il partage probablement avec certaines glandes vasculaires closes, telles que la thyroïde. Comme le suralimenté est en hyperfonctionnement et que, par conséquent, les déchets endogènes sont en quantité considérable, le foie n'a pas besoin du surcroît de travail que lui donne la lésion intestinale pour se fatiguer et se surmener. Les troubles hépatiques d'insuffisance se manifestent souvent en l'absence de toute lésion intestinale, mais il faut reconnaître qu'ils s'aggravent aussitôt que la lésion est constituée.

A partir du moment où le foie n'est plus à la hauteur de sa tâche, où ses fonctions multiples se mettent simultanément à fléchir, une nouvelle étape, plus sérieuse, se déroule. C'est que tous les poisons de l'organisme, pouvant maintenant franchir le barrage hépatique, tombent simultanément dans la circulation générale et vont directement altérer le fonctionnement des divers tissus. Le premier effet de ce passage des toxines dans le milieu intérieur est l'atteinte du système nerveux. Nous avons vu jusqu'ici le système ner-

veux constamment irrité par des réflexes d'origine digestive, en état constant d'hyperfonctionnement; à présent l'asthénie entre en scène; si les réflexes s'exagèrent, le pouvoir équilibrant des centres diminue et le balancement synergique est rompu. Beaucoup d'états neurasthéniques et psychasthéniques, qui apparaissent chez le préarthritique et sont en quelque sorte le prélude des manifestations de l'arthritisme franc, n'ont pas d'autres origines. C'est aussi le moment où les migraines et les névralgies s'installent, avec leur caractère de périodicité, qui disparaît, on le sait, quand les poisons se localisent et que l'arthritisme revêt une forme concrète. Toujours sous l'influence de ces poisons, la vaso-constriction s'installe, qui, restreignant le champ circulatoire, augmente la pression artérielle. Les dilatations variqueuses de la période pléthorique ne suffisent plus; elles se compliquent d'altérations vasculaires, plus lentes mais plus graves, puisqu'elles conduisent à l'artério-sclérose. Pour Huchard, la toxémie alimentaire cause l'hypertension qui produit l'artério-sclérose. Pour Lancereaux, au contraire, le point de départ est dans le système nerveux et l'hypertension est l'effet et non la cause de l'artério-sclérose. Mais il n'y a pas de toxémie alimentaire, en l'absence de lésions intestinales. Le point de départ est donc bien nerveux et la vaso-constriction en est la preuve. D'autre part l'artério-sclérose n'apparaît pas d'emblée; l'état uricémique et le saturnisme en favorisent seulement la précocité. On la voit suivre une phase plus ou moins prolongée d'hypertension qui met précisément les tuniques artérielles dans l'état de moindre résistance favorable à l'installation des lésions scléreuses. Quoi qu'il en soit, la restriction du champ circulatoire augmente singulièrement le travail du cœur qui, lui aussi, se fatigue, se dilate, s'épuise.

Certains organes suppléent à l'insuffisance du foie : les reins, la peau, les poumons. Pendant un certain temps, grâce à l'hyperfonctionnement, les reins parent à l'accumulation des poisons, mais on conçoit qu'à la longue ils s'irritent d'éliminer tant de substances anormales. Déjà les troubles de la diurèse, l'opsiurie, indiquent leur fatigue, comme l'albuminurie et la glycosurie digestives indiquent le surmenage alimentaire. Enfin arrive le moment où l'émonction se ralentit et s'altère et où le filtre rénal menace de se fermer.

Sans doute, il y a des dérivations : les diarrhées, les vomissements, les hémorragies. Il y a aussi le poumon, pour les toxines volatiles, qui déterminent dans les alvéoles des lésions spéciales. Il y a enfin la peau qui, de bonne heure, réagit à l'élimination des acides gras. Mais ce ne sont là que d'insuffisantes suppléances qui reculent de bien peu l'échéance fatale.

Nous sommes au terme de cette première étape, qui conditionne les formes variées de l'arthritisme franc. Tous les organes ont eu une activité excessive, tous, par suite, se sont fatigués et surmenés, tous enfin deviennent successivement insuffisants. Et c'est de la sorte que, petit à petit, jour par jour, se fait le passage de l'exagération des échanges à leur ralentissement. Rarement, chez un même sujet, cette transformation du métabolisme est manifeste, accomplit son cycle complet. Bien avant qu'il soit achevé, l'individu meurt, souvent d'une manière brusque, inattendue, frappé au cerveau, au rein, parfois au foie, au poumon ou au cœur. Or, cette évolution morbide progressive est tout entière sous la dépendance de ces poisons qu'a primitivement accumulés l'hyperfonctionnement par suralimentation.

Quels sont donc ces poisons ? Nous croyons les connaître

et nous n'en savons pas grand'chose. Les leucomaïnes, les ptomaïnes, les toxalbumines observées dans les putréfactions et dans certaines conditions expérimentales, comme les cultures, ne se retrouvent pas dans l'économie; les poisons de l'urine et du sérum, les toxolécithides, ont des caractères particuliers et leur toxicité, due surtout, semble-t-il, à leur état colloïdal spécifique, n'est manifeste que pour les animaux. Le succès de beaucoup de transfusions le prouve. Mais un groupe de substances nous est plus familier; ce sont les purines de Kossel, auxquelles se rattache l'acide urique.

On leur attribue les principaux accidents de l'auto-intoxication arthritique. Je ne partage pas entièrement cette manière de voir. Les oiseaux, dont les oxydations sont beaucoup plus intenses que les nôtres, n'éliminent l'azote que sous forme d'acide urique. Peut-on, par suite, affirmer que l'abondance relative de l'acide urique dans une urine humaine soit le signe certain d'un ralentissement notable des échanges? Et puis, il y a des faits contradictoires. L'élimination des corps xantho-uriques est presque rigoureusement parallèle à l'ingestion alimentaire de ces corps, et cependant l'acide urique, administrée en nature, se retrouve presque totalement dans les matières fécales. Chez un goutteux que j'ai suivi pendant longtemps, l'usage de certains aliments riches en purines (foie gras, cervelle, boudin) était suivi d'un abaissement dans le taux d'élimination de l'acide urique, que l'on retrouvait en excès dans les matières fécales. D'autre part, le leucémique, qui fait de l'acide urique en quantité énorme, n'est ni goutteux, ni arthritique à un degré quelconque. Et puis, si les xantho-uriques sont les toxines causales de l'empoisonnement arthritique, comment ne les retrouve-t-on pas obligatoirement en abondance chez tous les diabétiques,

obèses, migraineux? Je crois donc, ainsi que l'admet la clinique, que l'intoxication conditionnant les insuffisances n'est produite par ces corps que dans certaines formes spéciales de l'arthritisme comme la goutte et la gravelle urique. Pour les autres, il faut faire intervenir des poisons différents, agissant également d'une manière élective, par l'intermédiaire obligé et trop méconnu du système nerveux. Ainsi s'affirme la signification nosologique de ces modalités, qui, issues du tronc commun des hyperfonctionnements, se traduisent si diversement suivant les circonstances et les individus.

Il s'agirait, en effet, de savoir pourquoi les descendants d'un suralimenté, pléthorique, mort d'apoplexie, font l'un de la goutte par exemple, l'autre du diabète, le dernier de l'obésité. Ces modalités sont sous la dépendance de l'hérédité; elles n'apparaissent qu'exceptionnellement en dehors d'elle et alors par l'effet d'influences comparables (goutte saturnine). On comprend que le germe paternel ait été impressionné par l'empoisonnement de l'organisme et que les cellules qui en sont issues et qui se développent et vivent dans des conditions semblables accusent les défaillances héritées; on comprend que l'inégalité des résistances tissulaire, congénitale ou acquise, fasse fléchir tel organe plus vite que tel autre, mais on ne comprendrait pas ces manifestations isolées, localisées, à évolution individuelle lente, laissant parfois intactes toutes les autres fonctions, si on ne les considérait pas, suivant l'ingénieuse conception de Pascault, comme de véritables procédés de défense.

Les phénomènes qui précèdent et qui suivent la crise de goutte aiguë, les concrétions tophacées de la goutte chronique, ont un caractère trop manifestement défensif pour qu'il soit nécessaire d'insister. On retrouve ce même carac-

tère dans l'obésité, si l'on réfléchit que la formation des corps gras est, en somme, une réduction ainsi que l'indique la formation de l'adipocire des noyés. L'adipose, même non essentielle et à quelque cause qu'elle soit due, est donc le signe certain d'un déficit dans les oxydations; elle représente le moyen à l'aide duquel l'organisme se protège contre l'excès des matériaux alimentaires. La glycosurie du diabétique est aussi une réaction protectrice, puisque, grâce à elle, l'économie élimine le sucre qu'elle ne peut plus utiliser. L'insuffisance du diabétique est rendue manifeste par ce fait, bien démontré par Laufer et Labbé, que ce malade est encore capable de brûler une certaine quantité d'hydrates de carbone. Si on reste au-dessous de cette quantité, le sucre urinaire diminue, tandis que si on la dépasse, il augmente. Il en est de même encore pour les douleurs des migraineux, par exemple, etc.

Grâce à ces divers procédés de défense, il se produit une sorte d'arrêt dans l'évolution de l'arthritisme, qui constitue la seconde période de la diathèse. L'hyperfonctionnement antérieur a fait place à un fonctionnement, sinon déjà tout à fait insuffisant, au moins profondément altéré, si profondément altéré que les efforts de la thérapeutique, à cette période, restent souvent impuissants. Chacun sait combien il est difficile de guérir la goutte, l'obésité, le diabète. Si les améliorations ne sont pas rares, elles ne se montrent guère durables et le cycle arthritique reprend son cours. Le patient, de floride au début, devient cachectique et la mort survient, de même que chez le pléthorique, par apoplexie, infections ou intoxication aiguë, comme le coma diabétique.

A la troisième période, les insuffisances s'aggravent, gagnent successivement toutes les fonctions, par suite de

l'envahissement des scléroses. Une seule avait résisté jusqu'à ce moment; elle est frappée à son tour, c'est la fécondité.

Le pléthorique est généralement très fécond; il a parfois une ribambelle d'enfants. Ceux-ci, dont l'hérédité fait des arthritiques à manifestations défensives, sont déjà moins féconds; ils ont un, deux, trois rejetons au plus, parmi lesquels les filles dominent, comme toutes les fois qu'une race est menacée dans son existence. Ces derniers, hérédo-arthritiques notoires, n'ont plus rien qui rappelle l'ancêtre pléthorique. Ce sont de petits êtres malingres, souffreteux et grognons, souvent intelligents, mais d'une vitalité minime. On les élève difficilement, c'est-à-dire qu'ils semblent plus aptes que d'autres à contracter les infections de l'enfance, et d'ailleurs beaucoup meurent avant l'âge de la reproduction, fauchés par ces infections. Les autres survivent péniblement, dégénérés supérieurs dont certains réussissent à se faire un nom, en proie à mille misères, somatiques ou nerveuses, qui font d'eux de grands douloureux; enfin ils ont rarement des enfants; la fécondité, cette dernière défense de la race, est, chez eux, défaillante à son tour. Maurel, qui a mis ce fait en évidence, attribue à l'arthritisme la diminution croissante de la natalité qui s'observe, non seulement en France, mais partout où on a abusé de la suralimentation et des excitants fonctionnels, dans les grandes familles anglaises, allemandes, yankees, australiennes, jusque dans l'autocratie japonaise. Sans doute, la restriction volontaire intervient de plus en plus, grâce à la connivence de certaines sentimentalités déplacées, dont plus d'un médecin malheureusement s'est fait l'écho (1). Mais cette influence ne saurait expliquer que

(1) Dr Klotz-Forest. *De l'avortement. Est-ce un crime?*

l'infécondité frappe partout de préférence les descendants d'arthritiques. Si donc des recherches plus précises et poursuivies pendant longtemps viennent confirmer la manière de voir de Maurel, l'arthritisme devra prendre place à côté de la tuberculose comme un fléau social. On doit même se demander — car les statistiques nous fixent mal sur ce point — s'il n'est pas encore plus redoutable qu'elle, en raison des complications multiples qu'il entraîne et des infections qu'il facilite et aggrave.

Tandis que, en effet, le pléthorique résiste bien, grâce à l'hyperfonctionnement de ses défenses, à l'envahissement bacillaire, l'arthritique au contraire et surtout l'hérédo-arthritique y sont très sensibles. Gaube (du Gers), Charrin, Lewen, etc., ont montré que les substances minérales de nos humeurs et de nos tissus forment les éléments normaux de notre protection contre les microbes pathogènes et que, par conséquent, toute cause de déminéralisation constitue une circonstance prédisposante à l'infection. Or, la plupart des poisons qui existent chez l'arthritique ne s'éliminent qu'après s'être combinés à certaines substances minérales qu'ils empruntent normalement aux apports alimentaires. Mais quand ils sont en excès, qu'au surplus les digestions se font mal, que le foie est insuffisant, c'est à la minéralisation des humeurs et des tissus que les déchets toxiques circulants empruntent les bases dont ils ont besoin ; de là une déminéralisation plus ou moins profonde. Ainsi s'explique, d'abord, que les arthritiques soient, comme le constate l'analyse urinaire, des déminéralisés, souvent des phosphaturiques, et en second lieu que les infections exercent parmi eux des ravages particulièrement sérieux. Il suffit de rappeler la grippe, qui, ordinairement bénigne, revêt chez eux, ainsi que Gaillard et Hirtz l'ont montré, une gravité remar-

quable; la fièvre typhoïde, qui, en raison de l'irritation constante dans laquelle se trouve le tube intestinal, prend tout de suite une allure des plus inquiétantes, les staphylococcies et les streptococcies des obèses et des diabétiques, sans parler des infections pulmonaires si fréquentes de ces derniers. Enfin est-il nécessaire de mentionner la tuberculose, dont les ravages, chez les arthritiques florides, sont si surprenants et si prompts? On croyait jadis qu'il y avait une sorte d'antagonisme entre l'arthritisme et la bacillose, et la cure par la suralimentation dérive en partie de cette croyance. Mais les nombreuses observations de Kuss, de Poncet, de Collières, de Bardet, d'Albert Robin, de Combe, de Haig et de beaucoup d'autres ont rétabli la vérité en prouvant que si l'arthritique, à la période floride, a tendance à localiser la tuberculose, il la généralise au contraire très rapidement à la période des insuffisances, car alors la superposition des toxines bactériennes aux poisons endogènes ne peut manquer de précipiter la terminaison fatale.

Telle est cette évolution de l'arthritisme, qui quelquefois brûle toutes ses étapes chez le même individu, mais qui, le plus souvent, demande trois à quatre générations pour aboutir à la mort précoce, avant l'âge de la reproduction, ou à l'infécondité. Des trois grandes périodes qui partagent cette évolution, une seule en somme — la première — est pleinement accessible à notre thérapeutique actuelle, qui ne produit chez les autres qu'une amélioration passagère ou une illusoire palliation à quelques-uns de leurs symptômes. La connaissance plus précise des origines de l'arthritisme met à notre disposition un traitement efficace contre les troubles déjà acquis et sûrement préventif contre les nombreux et graves dangers que ces troubles initiaux tiennent en puissance.

*(A suivre.)*

# CARNET DU PRATICIEN

## Traitement des troubles cardiaques de la ménopause.

(J. Ferreira.)

Au moment de la ménopause, les femmes se plaignent souvent de troubles cardiaques : palpitations, angoisses, et douleurs précordiales... troubles nerveux déterminés par l'insuffisance ovarienne.

Pour soulager la malade, il faut traiter non seulement le cœur, mais surtout l'insuffisance ovarienne et le système nerveux, qui est touché par elle.

Pour calmer les palpitations de l'angoisse précordiale, si fréquentes chez cette catégorie de malades, on obtiendra de bons résultats avec la préparation suivante :

| | |
|---|---|
| Elixir parégorique | 20 gr. |
| Extrait fluide de cactus grandiflora | 1 » |
| — de viburnum prunifolium | 3 » |
| — de piscidia erythrina | 5 » |

*M. s. a.* Prendre XX gouttes matin et soir dans une tasse d'infusion de fleurs d'oranger.

On pourra aussi s'adresser au *pyramidon* associé au *glycérophosphate de quinine* et, par exemple, formuler :

| | |
|---|---|
| Pyramidon | 0 gr. 45 |
| Glycérophosphate de quinine | 0 » 25 |

*M. s. a.* Pour un cachet. Prendre 2 cachets par jour.

S'il existe des intermittences nerveuses ou parfois de l'arythmie fonctionnelle, donner le *camphre* en lavement associé à la *valériane.*

| | |
|---|---|
| Camphre | 0 gr. 50 |
| Extrait de valériane | 0 » 10 |
| Jaune d'œuf | N° 1 |
| Eau de tilleul | 200 gr. |

Emulsionnez.

Il faut soigner l'estomac et l'intestin qui sont ici cause fréquente de troubles réflexes. Le *peroxyde de magnésium* sous

forme de pilules kératinisées est à employer. Il en est de même du *citrate de soude*.

Les agents physiques ne sont pas à dédaigner, bien au contraire. En première ligne, l'*électrothérapie*, sous forme de bains et effluves statiques qui, en même temps, calment le prurit parfois intolérable qui tourmente ce genre de malades. La *douche-massage* tiède de courte durée est excellente à conseiller et aux malades fortunés il faut ordonner une cure à Royat (bains carbo-gazeux).

Enfin faire de l'*opothérapie ovarienne*. Donner par jour 4 à 5 tablettes d'ovarine à 0 gr. 10.

On a recommandé en ces derniers temps le ***principe actif du corps jaune*** qu'on peut donner sous forme de pilules ou mieux encore en injections hypodermiques.

---

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Maladies vénériennes.

**Sur le traitement de la syphilis par l'atoxyl** (Revue publiée dans *Klinisch. therap. Woch.*, n° 44, 1907). — La rédaction de ce journal publie les réponses des sommités médicales qui se sont spécialement occupées de ce mode de traitement.

D'après le professeur E. JACOBI, l'atoxyl est un médicament précieux et très actif dans des formes déterminées de la syphilis. Dans un cas de syphilis maligne, l'auteur obtint, grâce à quelques injections répétées tous les 2 jours de 0 gr. 50 d'atoxyl, une chute rapide de la température, une cicatrisation d'ulcères étendus, et la disparition des douleurs fulgurantes des os. Ce résultat fut de peu de durée, et en remplaçant l'atoxyl par le Hg en frictions, les ulcères se rouvrirent et il fallut une deuxième fois recourir à l'atoxyl, sans toutefois obtenir de résultat définitif.

Le traitement par l'atoxyl doit être prudent, et de courte durée, et les cas qui paraissent guéris peuvent prendre rapidement une

tournure grave, et les récidives sont aussi fréquentes avec ce mode de traitement qu'avec le mercure.

L'atoxyl n'exerce aucune action favorable dans les cas de leucoplasie, de tabes et de paralysie générale et autres affections parasyphilitiques. D'après l'auteur, l'atoxyl ne peut remplacer le mercure que dans des cas déterminés, tels que dans les cas de syphilis maligne et d'intolérance mercurielle.

Le Dr MAX JOSEPH, de Berlin, n'est pas enthousiaste pour ce mode de traitement : bien qu'il n'ait observé, dans ses expériences personnelles, aucun accident, il n'a pu constater aucun résultat favorable. Il déconseille cette thérapeutique dangereuse.

Le professeur LANG, de Vienne, résume ainsi son appréciation : L'atoxyl en injection sous-cutanée, même à haute concentration, est en général très bien supporté, et il n'a observé aucune intoxication grave tant sous forme de dermatoses que sous forme d'albuminurie. Même à hautes doses, il ne peut prétendre remplacer le Hg. De même que les autres préparations arsenicales, il exerce une influence favorable sur certains exanthèmes (syphilide papuleuse, lichénoïde, pustuleuse) par suite de ses propriétés toniques, et a l'avantage d'être indolore en injection hypodermique.

Le Dr A. BUSEHKE, directeur de l'hôpital R. Wirchow de Berlin, n'apprécie l'atoxyl que comme traitement d'exception, dans les cas de syphilis maligne, où le Hg est impuissant, malgré de hautes doses, et considère surtout l'atoxyl non comme un spécifique, mais comme un analeptique du même genre que les autres préparations arsenicales.

Le professeur F. MAX. v. ZEISSL, de Vienne, a employé depuis 1903, sur une vaste échelle, l'atoxyl comme fortifiant. Parmi les malades anémiques à un haut degré, à qui il l'administrait en injections intra-musculaires en raison de sa commodité, il se trouva 14 syphilitiques ; chez tous il constata une augmentation du poids, mais chez les syphilitiques il n'observa aucune influence sur le processus morbide.

Après la publication du travail de Salmon, il administra l'atoxyl

à doses élevées sans observer d'amélioration dans les symptômes. D'après ce syphiligraphe, l'atoxyl ne peut être mis sur le même rang que le Hg et l'I. Il ne peut être considéré que comme un heureux succédané des préparations arsenicales, parce qu'il ne communique pas l'odeur d'ail à l'haleine, et parce que ses injections sont indolores.

Le professeur Dr Ed. Schiff, de Vienne, s'autorise de sa longue expérience pour déclarer que le mercure, comme remède de la syphilis, ne peut être supplanté par aucun autre médicament, et il est absolument indiqué de soumettre, aussi tôt que possible, tous les syphilitiques au traitement mercuriel, aussi énergiquement que le permet l'idiosyncrasie individuelle.

L'atoxyl est un excellent fortifiant comme tous les autres arsénicaux, et, à ce titre, il peut être considéré comme un auxiliaire du traitement de la vérole. Dans les cas où le mercure échoue, l'emploi d'un tonique est indiqué et, à ce point de vue, l'atoxyl est recommandable en raison de la commodité de son administration, mais il ne doit pas être considéré à aucun titre comme spécifique de la syphilis.

Le Dr C. Bruhns a eu l'occasion de traiter 19 malades atteints d'accidents secondaires et tertiaires avec l'atoxyl à la dose 0 gr. 30-0 gr. 50. Dans la plupart des cas, l'atoxyl parut exercer sur les accidents mentionnés la même action que le mercure; seulement, dans quelques cas, la guérison était plus lente. Les troubles consécutifs qui apparaissaient dans la moitié des cas consistaient en vomissements, coliques, albuminurie, en exanthème à caractère érythémateux qui rétrocédaient rapidement en général. Cependant, il conseille de diminuer la dose totale, dans les cas de syphilis maligne réfractaire au mercure et à l'iode.

D'après le Dr S. Rona, de Budapest, les petites doses quotidiennes, 0 gr. 04-0 gr. 20 (au total 1 gr. 60 à 2 gr. 40 pour chaque cas), n'exercent aucune influence sur la marche de la maladie.

Le professeur Dr K. Herxheimer, de Francfort-sur-le-Mein, croit que l'atoxyl agit à hautes doses d'une manière spécifique sur la syphilis au début, tandis que les petites doses paraissent

être complètement inefficaces. Le médicament étant dangereux à doses élevées, il considère les doses moyennes comme inoffensives.

Le Dr S. GROSS, de Vienne, malgré le petit nombre de malades traités, a toujours constaté les bons effets de l'atoxyl. Dans quelques cas, la combinaison du mercure avec l'atoxyl a produit d'excellents résultats. Il n'a jamais eu de phénomènes d'intoxication à enregistrer, en administrant l'atoxyl par doses croissantes jusqu'à 1 cc. d'une solution à 20 p. 100.

En raison de la toxicité de l'atoxyl, le Dr M. OPPENHEIM, de Vienne, n'a pas cru devoir l'appliquer à ses malades. Il s'est contenté d'employer le cacodylate de soude, comme tonique, sur les syphilis ulcéreuses et gommeuses, et il obtint des résultats supérieurs à ceux obtenus avec l'atoxyl.

Le Dr E. SPIEGLER, de Vienne, a considéré l'atoxyl comme un tonique et un adjuvant dans le traitement de la syphilis.

Le professeur KROMAYER, de Berlin, n'est pas partisan du traitement de la syphilis par l'atoxyl, en raison du danger qu'on fait courir aux malades avec les doses élevées du médicament, en raison de son action curative qui n'est rien moins que prouvée et enfin en raison de son infériorité notoire sur le traitement mercuriel.

Le Dr F. PINKUS, dermatologiste de Berlin, a appliqué l'atoxyl au traitement du lichen plan, tantôt avec succès, tantôt avec insuccès ; en tout cas, il n'a jamais obtenu avec l'atoxyl les bons résultats obtenus avec d'autres préparations arsenicales, bien que l'emploi de ces dernières soit plus douloureux que celui de l'atoxyl. Sur la recommandation de Lassar et de Lesser, il appliqua le nouveau remède à la thérapeutique de la syphilis. Dans un cas de lichen plan, des doses de 0 gr. 10-0 gr. 20 d'atoxyl demeurèrent sans résultat, tandis que 2 injections d'énésol ou de cyanure de Hg firent rapidement disparaître cette affection. Il en a été de même pour d'autres exanthèmes de la période tertiaire.

Enfin, nous citerons en dernier lieu l'opinion du professeur

W. Scholtz, de Kœnigsberg, qui a étudié l'action de l'atoxyl à toutes les périodes de la syphilis.

L'auteur commençait par des injections quotidiennes de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 d'atoxyl les 3 premiers jours, et les jours suivants de 0 gr. 15 à 0 gr. 20, et quand les petites doses demeuraient inefficaces, il allait jusqu'à 0 gr. 40-0 gr. 50, sans avoir observé le phénomènes accessoires désagréables dans la plupart des cas.

Contre les accidents primaires (chancre induré), et les accidents secondaires (papules), l'atoxyl ne montra aucune efficacité, tandis que le Hg faisait disparaître rapidement ces manifestations syphilitiques. Dans les accidents tertiaires, au contraire (gommes, syphilides serpigineuses), l'atoxyl se montra efficace là où le mercure et l'iode n'exerçaient plus d'action favorable.

## Physiothérapie.

**Le danger et les contre-indications de la radiothérapie dans le traitement des épithéliomes de la peau.** — La radiothérapie [illegible] le traitement de l'épithéliome cutané, dit M. Leredde (*Journal de physiothérapie*, 15 mai 1906), et doit être employée pour guérir cette affection, en particulier dans les cas [illegible], au même titre que l'ablation ou le curettage avec cautérisation thermique secondaire, de préférence à tous les autres procédés et, en particulier, aux caustiques chimiques, la *technique de la cautérisation chimique ne pouvant être réglée de manière à détruire exactement tous les tissus malades et rien de plus.*

[illegible] doit être préférée à l'ablation [illegible], ceux du centre de la [illegible] sur une large étendue et où le squelette est mis à nu.

Dans beaucoup de cas, le choix entre la radiothérapie et l'ablation sera une question d'opportunité dont la solution dépendra de considérations secondaires (considérations esthétiques, convenances du malade).

Mais il [illegible] cas où l'ablation s'impose, où la radiothérapie

est dangereuse : ce sont (sans parler des cas où les ganglions lymphatiques sont intéressés) tous ceux où l'épithéliome a une marche rapide, ceux où l'épithéliome est très profond, les épithéliomes mélaniques. Il ne faut pas que le traitement radiothérapique facilite l'invasion des voies lymphatiques, et il peut le faire dans tous ces cas.

La nécessité d'éviter les récidives profondes, dont l'évolution peut être plus rapide que celle de la tumeur initiale, me semble conduire à rendre plus sévère la technique de la radiothérapie, dans les cas communs, de dimensions communes, à faire deux, trois séries d'applications et à faire absorber dans chaque série 10 à 12 unités de Holzknecht, non 5, 6 ou 8.

Dernière conclusion, plus générale. S'il y a lieu, en thérapeutique, de réduire le nombre de méthodes employées dans chaque maladie, il ne faut pas aller, sans raisons suffisantes, jusqu'à réduire ce nombre à une seule : quand il existe plusieurs méthodes curatives ayant une valeur, le médecin doit les connaître toutes et pouvoir toutes les employer *si leurs indications peuvent être établies d'avance*. Le chirurgien qui ne sait traiter les épithéliomes cutanés que par l'ablation chirurgicale a tort, de même que sera dangereux dans certains cas le radiothérapeute qui ne sait faire et ne veut faire que de la radiothérapie.

**Traitement de certaines formes de bubons vénériens par des applications immédiates de rayons Rœntgen sur les ganglions.** — D'après les expériences de S. Renies (*Wiener klin. Woch.*, 1907, nº 50), une méthode particulièrement appropriée pour des cas déterminés est la rœntgénisation des bubons strumeux et des formes mixtes appartenant à ce groupe, de sorte que les ganglions, après avoir écarté les téguments qui les recouvrent, soient soumis immédiatement et directement à l'influence des rayons Rœntgen.

Malgré la grande sensibilité du tissu lymphoïde pour ces rayons, l'expérience enseigne qu'il existe une différence graduelle dans cette sensibilité. Ainsi, par exemple, les lymphomes tuberculeux

possèdent une sensibilité relativement plus faible que les lymphomes leucémiques.

Pour les bubons strumeux et les formes mixtes qui s'y rapportent, le traitement par les rayons Rœntgen est préférable au traitement chirurgical. La peau doit être écartée sur toute la surface correspondant aux ganglions tuméfiés, au moyen de l'anesthésie locale, et l'on place un léger pansement protecteur que l'on retire lorsqu'on applique les rayons Rœntgen. La séance radiothérapique dure de 20 à 30 minutes et à une distance de 10 à 20 c. suivant la grandeur de la surface traitée, en ayant soin de protéger la région environnante.

Le pansement est remis en place, et l'on recommence chaque jour la rœntgénisation les 4 jours suivants et l'on s'arrête un certain temps.

Dans la plupart des cas, on observait à la place des ganglions tuméfiés une plaie recouverte de granulations, de sorte que de nouvelles irradiations sont devenues inutiles. On n'observe pas de complications avec cette méthode, parce que les ganglions strumeux disparaissent rapidement. Même en présence de bubons en état de suppuration à la surface, une première rœntgénisation énergique est indiquée.

Les avantages de cette méthode de traitement des ganglions strumeux et des formes mixtes consistent à éviter une intervention chirurgicale, dans la courte durée du traitement, dans le défaut de complications et la rapide guérison des malades.

---

*Le Gérant :* O. DOIN.

---

PARIS. — IMP. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

## CHRONIQUE

**Le Codex. — Changement de la nouvelle édition. — Encore trop de lacunes. — Quelques incohérences. — De nombreux oublis.**

La nouvelle édition du Codex français vient de paraître ; la précédente remontait à 1884 et un supplément avait été publié en 1895. Il faut reconnaître, si l'on en juge par ce que l'on entend dire aux principaux intéressés, c'est-à-dire aux pharmaciens, que la nouvelle *Pharmacopée française* a plutôt une mauvaise presse. En effet, si les pharmaciens ne sont pas satisfaits, personne ne le sera, car les médecins qui ont examiné l'œuvre nouvelle trouvent, de leur côté, qu'elle n'est pas sans défaut.

A dire vrai, un document de cette importance ne peut guère atteindre la perfection, pour l'excellente raison qu'il est rédigé par une commission très mélangée, où l'entente est particulièrement difficile. Cette Commission groupe à la fois des pharmaciens et des médecins, elle est trop peu nombreuse et les compétences ne sont pas assez variées. Pour réformer la pharmacopée et la tenir au courant, il serait nécessaire de réunir un très grand nombre de compétences, parce que dans ce nombre, on aurait la chance de trouver plus de personnes capables de travailler sérieusement.

Au lieu d'employer ce moyen, le Gouvernement préfère désigner des professeurs et quelques grosses personnalités de la pharmacie. La plupart de ces messieurs sont trop occupés, ils sont rares aux séances et toute la grosse besogne retombe sur deux ou trois personnes. Dans cette condition, il n'est pas étonnant que les résultats soient très incomplets. Personne n'est universel, et les rares rédacteurs ne peuvent avoir une opinion éclairée sur tous les sujets. Sans compter que, le plus souvent, dans les commissions, les rapporteurs voient leurs conclusions discutées aux séances plénières, par des personnes qui n'ont pas étudié la question et qui, presque toujours, influencent la majorité.





*
* *

Il me paraîtrait donc trop dur d'affecter une sévérité outrée pour une œuvre très importante, forcément incomplète, mais qui présente certainement des côtés intéressants. Pour juger le Codex, je me place uniquement au point de vue médical et, à ce titre, je dois reconnaître que la nouvelle édition se tient beaucoup mieux que les anciennes, que la pharmacopée est rajeunie et présente des innovations vraiment très utiles.

Tout d'abord, il faut avouer que la Commission a bien fait de débarrasser le Codex d'une énorme quantité de produits qui encombraient inutilement les anciennes éditions. La liste de ces suppressions ne comporte pas moins de huit pages, on conviendra que c'est un débarras sérieux. Par contre, ces suppressions ont été compensées par des additions considérables, puisque 150 nouveaux médicaments figurent dans l'édition de 1908. Parmi ces préparations, nous voyons les sérums thérapeutiques, les vaccins, les extraits fluides et les solutions injectables, sans compter un certain nombre de médicaments nouveaux.

Cependant, parmi ces derniers, j'avoue que j'aurais voulu voir mettre un grand nombre de corps très actifs, qui sont aujourd'hui d'un emploi courant et que le pharmacien voit ordonner tous les jours par le médecin. Voici par exemple la *stovaïne* et la *novocaïne*, qui sont déjà, depuis plusieurs années, utilisées pour l'anesthésie locale. Ce sont là des produits très actifs et qui, en raison même de l'usage auquel ils sont destinés, doivent être connus et reconnus par les personnes qui les manipulent. Il n'est pas admissible que les commissions officielles ignorent de pareils médicaments.

*
* *

Cet exemple montre que les procédés employés pour rédiger notre pharmacopée sont surannés. A une époque où les transformations se font avec une rapidité inouïe, il est presque ridicule de faire un gros volume comme le Codex.

Pour que l'institution soit véritablement adéquate à sa desti-

nation, il faudrait une commission permanente, chargée d'élaborer, au fur et à mesure des besoins, des *bulletins périodiques*, qui signaleraient les nouveautés et préviendraient des changements nécessaires. Malheureusement, on préfère conserver les vieilles habitudes, on nomme tous les vingt ans une commission trop peu nombreuse, qui met des années à préparer des réformes, et quand la publication est faite elle a déjà vieilli, et ne répond plus vraiment aux besoins.

*
* *

Je signalerai ici un petit détail qui m'a étonné. Nous sommes à une époque où l'on attache une grande importance à la vérité des indications commerciales. A la commission permanente des eaux minérales qui se réunit au ministère de l'intérieur, on a appelé l'attention du gouvernement sur le caractère au moins fâcheux que présente l'utilisation du nom des stations thermo-minérales bien connues, pour désigner des produits qui ne proviennent aucunement des eaux de ces stations. Le Congrès de Genève, comme je le signalai dernièrement a, lui aussi, traité cette question à d'autres points de vue, et montré qu'il y a là tromperie sur la qualité de la marchandise. Enfin, en ce moment la Société de Thérapeutique est occupée à étudier le même sujet.

Ce n'est donc pas sans une véritable surprise que j'ai lu à la page 641 du Codex, le titre suivant : *bicarbonate de soude*, *sel de Vichy*. Et à la page 712 : *tablette de bicarbonate de soude*, *pastille de Vichy*.

On me dira qu'il s'agit là d'un fait passé dans le domaine public, d'une expression consacrée par l'usage. Cette explication pourrait être acceptée pour un livre quelconque, mais non pas quand il s'agit du Codex. En effet, écrire dans la pharmacopée que le bicarbonate de soude est le sel de Vichy, c'est commettre à la fois une erreur et une faute. C'est une faute lourde, parce que le pharmacien se trouve autorisé a délivrer des pastilles de bicarbonate de soude, lorsque j'écris *pastilles de Vichy*. Les admi-

nistrateurs des eaux de Vichy préparent des sels et des pastilles qui sont le produit de l'évaporation des sources de Vichy, et qui contiennent une grande quantité d'éléments autres que le bicarbonate de soude ; par conséquent, la commission du Codex commet une erreur en assimilant le bicarbonate de soude au sel de Vichy.

Cette faute est d'autant plus étrange que, pour la première fois, la commission à tenu compte des marques. Oh ! d'une façon bien timide et bien incomplète, mais enfin, pour quelque corps privilégiés, la commission a mis en note le nom déposé. Dans ces conditions, on est étonné de constater que pareille erreur ait été commise quand il s'agit d'une de nos plus importantes stations, dont les eaux et les produits se prescrivent dans le monde entier, et qui est la propriété de l'Etat français. On comprend mal une commission officielle qui ne défend pas le domaine de l'Etat qui l'a instituée.



Pour expliquer les erreurs, les incohérences et même les oublis du nouveau codex, il est une observation qui peut avoir une certaine valeur. L'œuvre devrait être le résultat de la collaboration des pharmaciens et des médecins, les premiers chargés de rédiger et de codifier les désideratas signalés par les seconds. A la vérité, il n'en est point ainsi. La commission possède bien quelques médecins, mais trop occupés, ceux-ci ne sont pas toujours présents aux séances, et l'on peut, sans crainte de se tromper, affirmer que le Codex est toujours l'œuvre exclusive des pharmaciens. C'est pour cela, qu'il faudrait augmenter le nombre des membres de la commission, de manière à y faire entrer plus d'hommes jeunes et actifs, et plus de médecins. La Société de Thérapeutique n'est pas même représentée dans la commission nommée en 1897 ; on se demande pourquoi, quand deux membres de la Société de pharmacie figurent à ce titre parmi les conseillers du gouvernement. Il n'y a pas de doute que l'intervention d'une Société, très au courant des nécessités de la thérapeutique, aurait les plus grands avantages quand il s'agit de rédiger

la pharmacopée française. Plus d'un de ses membres, choisis naturellement parmi les médecins, auraient pu être adjoints aux membres de la Société de pharmacie.

G. BARDET.

---

# THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

## La question de l'arthritisme,

par le Dr J. LAUMONIER.

(*Suite et fin.*)

### IV

*Signes et traitement.*

Si l'on a bien compris ce qui précède, l'affirmation de Pascault : *l'arthritique, dans le plupart des cas, meurt par le ventre*, ne surprendra pas. Nous l'avons vu, en effet, c'est du ventre que partent les réflexes qui vont irriter les divers organes et créer ces complications graves, hépatiques, vasculaires, nerveuses, auxquelles le patient succombe. C'est du ventre encore que partent, dès que la muqueuse intestinale est lésée, ces poisons qui altèrent d'abord, détruisent ensuite le fonctionnement antitoxique et éliminateur. Par conséquent, dans le traitement rationnel de l'arthritisme par suralimentation, nous devrons porter nos efforts du côté du ventre : *sublata causa, tollitur effectus*. Mais, si le ventre est le point de départ de toute l'évolution diathésique, il faut reconnaître qu'il est loin d'être seul atteint. Beaucoup d'autres organes sont également frappés de déchéance, au moins d'insuffisance. Il est donc nécessaire de rechercher ces insuffisances, d'en déterminer au besoin le degré afin d'agir contre elles, puisqu'il est bien évident

qu'elles contribuent dans une large mesure à entretenir et à aggraver l'arthritisme.

Il y a des signes généraux et des signes locaux de l'arthritisme, à cette période préparatoire que nous étudions spécialement. En tête des signes généraux objectifs, se trouvent les rapports d'échanges urinaires. Pascault a indiqué en quelques schémas très simples les caractères essentiels de ces rapports. A la phase d'hyperfonctionnement, ils sont tous exagérés, comme on peut le prévoir, et l'acidité surtout, qui atteint parfois plus du double de la normale. A la phase transitionnelle, elle reste élevée alors que les autres éléments urologiques se rapprochent de la normale, ce qui peut induire en erreur, si l'examen reste superficiel. A la phase dysfonctionnelle (diabète, obésité, goutte, neurasthénie grave, etc.), la courbe des rapports est excessivement variable et la valeur des éléments anormaux, comme le sucre, ou l'exagération de certains autres, comme l'acide phosphorique, le chiffre élevé de certains coefficients, comme celui de la toxicité, de la déminéralisation plasmatique, de la phosphaturie, etc., permettent seuls de l'interpréter. Enfin à la phase d'hypofonctionnement, tous les éléments urinaires et leurs rapports peuvent être au-dessous de la normale, même l'acidité ; dans les cas graves, à la phase terminale, pour ainsi dire, il n'est pas rare de constater une acidité très faible avec une exagération plus ou moins marquée de certains autres éléments, comme le chlore, l'urée et l'acide phosphorique, ce qui signifierait, suivant Gautrelet, une tuberculisation imminente. Ce ne sont là, bien entendu, que des indications très sommaires. L'interprétation des analyses d'urine demande des explications trop spéciales pour que je puisse l'aborder utilement ici.

Chez le préarthritique, l'anamnèse donne rarement des

renseignements vraiment utilisables. Les antécédents familiaux sont à peu près nuls ou, du moins, n'ont pas de rapports certains avec l'évolution morbide en présence de laquelle on se trouve. Quant aux antécédents personnels, ils ne fournissent que des présomptions que, seul, l'examen du malade va permettre de vérifier.

Le ventre en doit être, comme il a été dit, le premier objet, et particulièrement la région du cæcum, où, par suite de la position et de la structure anatomique de cet organe, s'accumulent de préférence les déchets de l'alimentation. Il est donc, chez le suralimenté, volumineux, dilaté, plus ou moins dur, et les fermentations qui s'y accomplissent peuvent être l'origine de l'inflammation appendiculaire. La constatation de son état a une grande importance puisque c'est de lui que partent, la plupart du temps, les premières irritations réflexes.

De l'exploration du cæcum on passe à celle des autres segments intestinaux et de l'estomac, qui permet de reconnaître les dilatations et les spasmes ; enfin l'examen de la tension abdominale générale, par simple apposition de la main, donne, ainsi que l'a expliqué Sigaud, une idée au moins approximative de sa vitalité ; s'il est élastique, sa vitalité reste suffisante, s'il est mou, au contraire, l'atonie est certaine, et par conséquent ses fonctions sont en défaillance. La palpation profonde et méthodique, suivant la méthode de Glénard, rend compte des différentes ptoses et du siège de certaines réactions douloureuses.

Les troubles dyspeptiques ne sont pas toujours très nets chez le préarthritique ; ils peuvent même manquer en apparence, surtout dans la sphère gastrique, car l'estomac est un organe excessivement résistant en raison de sa puissante musculature. Cependant certains signes, tels que l'in-

tolérance pour quelques aliments (gras surtout), les renvois, le météorisme intestinal, la constipation, les changements de coloration dans les garde-robes, les indigestions avec diarrhées et vomissements bilieux, l'opsiurie, la fatigue au réveil, un sommeil agité ou interrompu à heure fixe, montrent qu'il y a en réalité une véritable dyspepsie latente, surtout intestinale, dont il faut chercher l'origine dans une insuffisance hépatique relative. La palpation du foie prouve en effet qu'il est plus ou moins augmenté de volume et douloureux dans son lobe gauche « lobe d'alarme » comme dit Pascault. La douleur a son siège préférenciel le plus net juste à la pointe du sternum.

Les signes du petit brightisme de Dieulafoy marquent le début de l'insuffisance rénale : céphalée, vertiges, secousses électriques, crampes, fourmillements, démangeaisons, cryesthésie, doigt mort, etc. Comme troubles de la diurèse, on peut noter soit la polyurie, soit la pollakyurie, avec diminution de la toxicité urinaire. L'albumine vraie (sérine) peut manquer. Si elle existe, sa signification n'est grave que lorsqu'il y a, en même temps, d'abondants cylindres épithéliaux.

L'artério-sclérose, qui débute seulement chez le préarthritique, ne saurait être décelée par la dureté des artères, qui dépend de l'athérome. On ne peut donc la dépister qu'à l'aide de signes indirects, et surtout par la tension artérielle qui atteint 22 cc. de mercure et au delà. Viennent ensuite la dyspnée d'effort et la dyspnée toxique de Huchard, les palpitations, la tachycardie, l'arythmie, l'hypertrophie du cœur gauche. Le bruit du galop ne se montre constant que quand il y a, en même temps, lésion et fermeture menaçante du filtre rénal.

Les symptômes nerveux sont enfin variables ; on cons-

tate tantôt la dépression, tantôt et plus souvent l'excitation, tantôt des états neurasthéniques, psychasthéniques, hystériformes, tantôt des crises choréiques ou épileptoïdes. On doit aussi examiner les réflexes, dont l'exagération est presque constante. Le système nerveux est hyperfonctionnel, mais déséquilibré, au moins à certains égards, comme le manifestent non seulement les réactions somatiques, mais un trouble psychique, parfois très localisé, une tare mentale ou morale, qui peut faire du sujet un artiste ou un inverti, un scrupuleux ou un joueur.

*
* *

Ces signes du préarthritisme dûment constatés, il reste à instituer le traitement, mais auparavant, on peut se poser la question du pronostic.

Elle n'existe guère à la période d'arthritisme confirmé, d'hérédo-arthritisme franc. Quoiqu'on fasse, l'évolution morbide se poursuivra; on ne pourra guère qu'en reculer quelque peu l'échéance. Mais il n'en est pas de même à la période du préarthritisme, qui, lui, est essentiellement curable, à la condition *sine qua non* d'un changement radical dans la manière de vivre. Supposer que la guérison soit possible autrement, est une erreur dangereuse, attendu que ce sont les circonstances ambiantes qui créent l'arthritisme, et que si l'arthritisme est héréditaire « c'est qne tous les membres d'une même famille sont soumis à des causes semblables qui le font naître, l'entretiennent et à la longue le perpétuent » (Pascault). On ne peut donc modifier la situation acquise qu'en changeant aussi complètement que possible, mais naturellement par étapes ménagées, le genre de vie des préarthritiques, et c'est en cela surtout que résident les grosses difficultés de la cure.

Il y a ainsi des guérisons, en quelque sorte spontanées, dues précisément à un changement occasionnel d'existence. J'en ai cité, dans un autre travail, un exemple curieux qu'on me permettra de rappeler. Une famille bourgeoise, composée du père, de la mère, d'un garçon et d'une fille, vivant de leurs rentes, sédentaires et gros mangeurs, souffrait de troubles variés : migraines et nervosisme chez la mère, calvitie, gastrophorie, signes du petit brightisme chez le père, coryzas, angines à répétition, entérite, crises appendiculaires chez les enfants. Or, ces gens, ayant perdu leur fortune dans le krach des métaux, furent obligés de se retirer dans un petit domaine qu'ils possédaient en Corrèze et où jusque-là ils n'avaient pas mis les pieds, et de le faire valoir eux-mêmes. A partir du moment où ils vécurent à la campagne, menant une existence active, de plein air, ayant une alimentation pauvre, surtout végétarienne, se couchant de bonne heure mais se levant avec l'aurore, toutes leurs misères et leurs douleurs disparurent, et ne sont jamais revenues. Le garçon et la fille, aujourd'hui mariés là-bas, ont fait souche de beaux enfants, parfaitement sains et bien constitués et les parents vivent toujours, sans infirmités. C'est cette observation qui m'a permis de dire avec Maurel que l'arthritisme est la rançon du bien-être et de la bonne chère.

*
* *

Le préarthritique étant ou en hyperfonctionnement ou en dysfonctionnement, l'indication fondamentale du traitement est de ralentir son activité, ou, pour parler plus exactement, de la mettre au repos relatif. Cette indication est d'autant plus urgente que ce malade est en même temps un intoxiqué, et que le repos est un moyen sûr de diminuer la pro-

duction des poisons et d'en faciliter la destruction ou l'élimination.

L'indication du repos s'applique, il va de soi, à toutes les fonctions, ce qui ne semble guère cadrer avec la thérapeutique aujourd'hui couramment admise. C'est qu'on a le tort de croire que, à toutes les phases de l'arthritisme, on se trouve en présence d'individus à échanges ou à nutrition ralentis. Si cela est vrai à la période hypofonctionnelle, à la période dont nous nous occupons, il y a, au contraire, ainsi qu'il a été démontré dans les articles précédents, exagérations des échanges et suractivité de toutes les fonctions. Par conséquent, ce n'est pas seulement l'activité digestive, source de tous les troubles, qu'il faut restreindre, c'est aussi l'activité musculaire et nerveuse. Telle est l'idée que Pascault se fait du traitement antiarthritique, et elle me paraît parfaitement justifiée par les notions exposées ci-dessus.

Ce traitement, par suite, doit être diététique et hygiénique et accessoirement médicamenteux.

*Traitement diététique.* — Pour le formuler en pleine connaissance de cause, il faut connaître non seulement l'âge, la taille, le poids, les occupations du malade, mais encore son pouvoir d'utilisation et d'élaboration digestives. Par le repas d'épreuve d'Albert Robin et surtout par l'examen clinique des fèces, suivant la technique de René Gaultier, le médecin peut être aisément fixé sur ces deux derniers points. D'après les renseignements ainsi obtenus, on détermine le choix et la quantité des aliments, en se rappelant : 1° que la valeur énergétique ne doit pas dépasser 25 calories (Pascault me paraît exagérer un peu en disant 29) par kilogramme de poids du corps; 2° que la valeur énergétique de l'albumine doit être abaissée à 3 calories par gramme, en raison des fixations tissulaires, d'ailleurs faibles, dans lesquelles l'al-

bumine n'est pas brûlée : 3° que le rapport de 1 d'azotés à 5 de ternaires doit être strictement observé.

A cette ration *nette*, il convient de faire subir diverses majorations : 1° Dans les périodes de croissance et dans les convalescences. En ce qui concerne les premières, on trouvera dans le *Traité de l'alimentation* de Maurel, dans le livre de Pascault et dans d'autres ouvrages, toutes les indications nécessaires ; elles sont trop variables pour que je puisse les reproduire ici. En ce qui concerne les convalescences, le médecin sera surtout guidé par la perte de poids subie par le malade adulte ; si le malade est un enfant ou un adolescent, il faut tenir compte, en outre, des besoins du développement. Les mêmes observations s'appliquent aux états physiologiques, grossesse et allaitement ; 2° suivant le travail extérieur fourni. On admet, empiriquement à la vérité, que la ration *nette* doit être majorée d'un tiers à un demi pour un travail moyen et soutenu, de deux tiers à un pour un travail intense. Mon expérience personnelle, déduite de longues observations, me porte à croire que, chez les préarthritiques, qui ont presque toujours d'assez abondantes réserves, ces chiffres sont trop élevés et j'estime, en conséquence, qu'une majoration d'un tiers, dans le travail modéré, d'un demi à deux tiers dans le travail intense, est largement suffisante ; 3° suivant la saison. La ration de travail (moyen ou intense) sera majorée, en hiver seulement, d'un cinquième, au moins dans nos régions tempérées. En été, au contraire, pendant les grandes chaleurs, il est bon de la réduire dans les mêmes proportions et de faire porter la réduction sur les corps gras.

Le choix des aliments a naturellement une importance particulière. La viande et le poisson, étant des aliments très riches et très excitants, devront être réduits au minimum,

peut-être même supprimés à certains moments. Mais il faut proscrire absolument les gibiers faisandés, les abats et les crustacés. Cela ne veut pas dire que le partage le moins du monde les idées de ces végétariens, qui considèrent l'homme comme frugivore par nature. Ni sa dentition, ni la qualité de ses sécrétions digestives normales, ni la longueur de son intestin, ni même les dimensions de son appendice, ne permettent d'adopter cette manière de voir. L'histoire entière des races auxquelles nous appartenons prouve justement tout le contraire et si certaines populations ont une alimentation à prédominance végétale, cela tient surtout à la nature des ressources dont elles disposent et aux préjugés religieux qui se sont habilement inspirés des circonstances économiques. Tous les peuples usent de la viande quand ils le peuvent, en raison de ses qualités sapides, nutritives et excitantes. Personne n'a jamais vu un écureuil préférer la plus appétissante noix de cotelette au fruit qu'il grignotte. Et ce fait mesure toute la différence qu'il y a entre les frugivores de nature et l'homme.

Mais le préarthritique n'est pas un individu normal; hyperfonctionnel ou dysfonctionnel, l'excitation que procure la viande lui est nuisible, et c'est pourquoi il faut en restreindre autant que possible l'usage. Une ration de 100 à 150 grammes de viande de boucherie (sauf veau, en raison de sa richesse en matières collagènes) ou de poisson frais, une seule fois par jour, doivent suffire, dans la presque totalité des cas. On restreindra aussi considérablement l'usage des légumineuses, pois, haricots, lentilles, qui, tout en étant moins excitantes que la viande, contiennent cependant beaucoup d'albumine et se prêtent à des fermentations aisément toxiques. Elles renferment, en outre, d'après Haig, beaucoup de purines; mais je ne suis pas convaincu du rôle

de ces purines dans les accidents de l'arthristisme. En Vendée, où la consommation individuelle des haricots blancs, des « mojettes » est énorme, on ne rencontre l'arthritisme que parmi les gens qui abusent de la viande. Il faut restreindre également la consommation du pain; le pain frais doit être interdit, mais on permettra l'usage du pain bien rassis ou très cuit (non brûlé), car certaines personnes ne peuvent absolument pas s'en passer. Enfin il faut proscrire tous les condiments, à cause aussi de leur action excitante, et les boissons alcooliques, vin rouge, bière, cidre, liqueurs et spiritueux. Cependant les vins blancs légers et acides, abondamment coupés d'eau, peuvent être permis, ainsi qu'un peu de thé ou de café, à midi.

En somme, viande de boucherie, poissons ou œufs une seule fois par jour; potages maigres, céréales et pâtes, légumes verts, fruits et laitages, tels sont les aliments parmi lesquels il convient de choisir les éléments de la ration. Ils sont assez nombreux pour assurer la variété indéfinie des menus et se prêtent aisément à toutes les préparations culinaires, à l'exclusion, bien entendu, des ragoûts de viande ou des sauces trop relevées. Comme boissons, des eaux pures de bonne qualité ou des eaux minérales faibles, telles qu'Evian, en toutes quantités. On peut également user avantageusement des tisanes aromatiques chaudes, camomille, tilleul, etc.

L'organisation des repas a une importance manifeste, et celle que propose Monteuuis (de Sylvabelle) me semble de tous points excellente. On peut la résumer commme suit : le matin, au petit déjeuner, fruits frais ou gâteaux secs avec boissons abondantes; à midi, pour commencer, un plat de légumes (pommes de terre, riz ou pâtes alimentaires) qui, calmant la première faim, empêche de manger la viande en

excès, ensuite un plat de viande grillée ou rôtie, ou du poisson ou des œufs, salades de saison, enfin, pour terminer, fruits ou laitage; le soir, potage maigre et légumes. C'est le *régime de réforme* destiné à amener le malade au régime végétal pur. Mais je crois que l'on peut parfaitement s'y tenir sans inconvénient, et j'ai maintes fois constaté que la suppression totale de la viande est très mal supportée par beaucoup d'arthritiques, même quand ils ne sont pas entéroptosiques. Une autre méthode, pratiquée en Suisse et en Allemagne et dont j'ai pu observer les bons effets, consiste à faire faire au malade, à la période nettement pléthorique, son principal repas au déjeuner du matin. A midi, il mange seulement des légumes et une soupe, le soir un entremets, des laitages. Cette distribution des repas amène une restriction considérable chez certains gros mangeurs, plus ou moins obèses ou hépatiques, qui manquent parfois d'appétit au réveil. Aussi, pour ceux-là, faut-il veiller à ce que la ration quotidienne reste suffisante.

Enfin un dernier point, et des plus importants, est de surveiller la mastication. Beaucoup de personnes ne mastiquent pas leur nourriture ou la mastiquent mal, et il en résulte des accidents digestifs très sérieux, des pesanteurs, des stases, des fermentations anormales. Il faut donc souvent apprendre au malade à mastiquer, à manger lentement, à insaliver convenablement le bol alimentaire (même liquide, comme le lait ou la soupe, les crèmes fluides). L'état de la dentition devra en conséquence être l'objet d'un examen attentif, afin de pouvoir ordonner toutes les réparations nécessaires.

Grâce à ce régime de restriction et aux précautions diverses dont on l'entoure, grâce au choix et à la préparation convenable des aliments, on verra disparaître promptement tous les troubles digestifs constatés, diminuer

l'hyperfonctionnement ou le dysfonctionnement et les échanges revenir vers la normale. La constipation, si tenace parfois et qui préoccupe tant certains malades, cessera d'elle-même, par le simple effet du changement de régime, à la condition toutefois que, comme le veut Burlureaux, on n'ait jamais recours au purgatif, qui entretient l'irritation intestinale et augmente le spasme. Mais il faut reconnaître néanmoins que cette diététique, si efficace qu'elle soit dans tous les cas, est très difficile à faire accepter par les préarthritiques, presque tous gros mangeurs et qui n'ont encore éprouvé que des troubles passagers où des accidents peu graves en apparence, et restent par conséquent sceptiques et indociles. Cette difficulté ne peut être vaincue que par le traitement moral dont je parlerai tout à l'heure.

*Traitement hygiénique.* — Au point de vue de l'hygiène générale, comme à celui de la diététique, le repos relatif s'impose et pour les mêmes raisons. Ici encore, repos veut dire non pas cessation de toute activité, mais seulement retour à une activité plus normale.

Dans ce but, comme moyens physiques d'abord, l'hydrothérapie rend de grands services, principalement sous forme de douches tièdes, qui sont éminemment sédatives. Les] douches froides, le tub froid, réussissent beaucoup moins bien, parce que les arthritiques et même certains préarthritiques font mal leur réaction. Les grands bains tièdes fréquents, à 35° C, calment aussi très bien et modèrent grandement l'excitabilité de nos malades.

Le massage général doux, sous forme d'effleurage, de pression lente et peu appuyée, qui facilite la circulation périphérique et la progression des déchets, est indispensable chez les pléthoriques. Il en est de même du massage abdominal, à la condition qu'il soit très surveillé et pratiqué par

un médecin spécialiste, car il peut avoir de nombreuses contre-indications, même dès le début des insuffisances, ainsi que Cautru l'a montré. Mais les frictions cutanées seront souvent très utiles, en rétablissant les fonctions de la peau, presque toujours troublées ou viciées.

En ce qui concerne les exercices physiques, je me range à l'avis de Pascault. Il faut être très sobre de prescriptions à leur égard. En dehors des mouvements de gymnastique passifs, puis actifs, très méthodiquement réglés, et de la marche progressive, on n'obtient que des résultats peu avantageux parce que, dans les exercices violents et prolongés, tels que la bicyclette ou les jeux sportifs, les déchets musculaires viennent aggraver l'intoxication générale et le surmenage des organes de transformation et d'émonction. De plus, la lenteur des digestions et l'émotivité du cœur augmentent l'essoufflement et la fatigue. Par conséquent, et malgré que l'opinion contraire soit très répandue, il convient d'interdire les exercices violents aux préarthritiques. L'expérience prouve d'ailleurs que ces exercices n'ont pas d'action sensible sur l'oxydation des déchets, dont ils accroissent en revanche la production. Mais cette interdiction ne s'applique pas aux préarthritiques déjà entraînés, habitués aux longues marches, à l'alpinisme, aux jeux de plein air; ceux-là d'ailleurs sont tout à fait l'exception. On peut cependant arriver à un certain degré d'entraînement chez les préarthritiques les plus sédentaires, et l'habitude ainsi prise, devient, par les modifications concomitantes qu'elle entraîne dans les conditions d'existence, un facteur important de la cure. Notons enfin, avec P. Le Gendre, que l'automobilisme, à allures modérées et pendant peu de temps, est favorable par les réactions cutanées et la sédation qu'il produit.

Les bains d'air, de lumière et de soleil commencent à être appréciés à leur juste valeur dans le traitement de l'arthritisme confirmé ou imminent. Les radiations lumineuses et chimiques agissent sans doute comme des agents d'équilibration du fonctionnement puisqu'on constate que le bain de soleil, le plus actif de tous, produit une sensation de bien-être remarquable, l'amélioration des échanges et le calme nerveux. Cette cure peut être pratiquée partout, aussi bien dans la région parisienne que dans le Midi, à l'aide d'une technique très simple dont Malgat et Monteuuis ont formulé les règles. Malheureusement son emploi se heurte à certains préjugés d'autant moins recevables qu'il n'est pas du tout nécessaire d'être nu pour profiter de ce moyen de traitement.

On conseille souvent aux préarthritiques de dormir peu. C'est, à mon avis, une erreur. Pendant le sommeil, il n'y a pas d'apport alimentaire, et la production des déchets de fonctionnement est réduite au minimum. Par l'élimination urinaire, qui est continue, la teneur des poisons diminue donc dans le milieu intérieur et divers organes jouissent d'un repos relatif. On sait que certains préarthritiques, au début des insuffisances hépatique et nerveuse, éprouvent, en se levant le matin, une lassitude plus grande qu'au moment du coucher. Il suffit, comme je l'ai constaté à plusieurs reprises, de prolonger d'une heure ou deux le séjour au lit pour voir disparaître cette sensation de fatigue. Remarquons aussi que, pour les raisons précédemment dites, la diurèse est souvent augmentée par l'alitement, notamment chez les petits hypertendus. C'est pourquoi, bien loin de restreindre le sommeil et le repos au lit, chez les préarthritiques, je leur conseille au contraire de se coucher tôt, après le dîner (les veilles tardives sont d'ailleurs particulière-

ment excitantes et fatigantes), de se lever d'assez bonne heure et de dormir ou du moins de s'étendre sur un lit ou la chaise-longue pendant une heure, après le repas du midi; les animaux d'ailleurs dorment toujours après avoir mangé et cet instinct a une raison d'être que les expériences bien connues de Vulpian mettent en évidence.

L'hygiène génitale mérite une mention particulière. Les préarthritiques sont souvent des excités sexuels, qui usent abondamment et parfois abusent des plaisirs de l'amour, d'où dérivent, à la période ultérieure, la perversion et même l'inversion. Or le coït entraîne une fatigue à la fois psychique et médullaire; il détermine une légère élévation de la température et de la pression vasculaire, et le *post coïtum triste* atteste les dépenses diverses de force faites dans cet acte. Encore ne fais-je pas entrer en ligne de compte la période de préparation au rapprochement sexuel, période longue ou courte, mais toujours énervante. En conséquence, il convient que le malade diminue la fréquence des rapports sexuels, et s'efforce de les rendre aussi brefs et peu compliqués que possible. L'amour — j'entends l'amour des poètes et des romanciers — est une condition des plus défavorables aux bons effets du traitement.

Etant donné le rôle capital du système nerveux dans l'hyperfonctionnement et le dysfonctionnement, l'hygiène nerveuse a nécessairement une importance de premier ordre. Par la diététique, le repos et les moyens physiques, on peut déjà obtenir une sédation réflexe incontestable. Mais cela ne suffit pas toujours. Beaucoup de préarthritiques sont des cérébraux, dont l'activité mentale est considérable, et cette activité exagérée n'est pas moins fâcheuse que le surmenage alimentaire et musculaire. Il est très difficile de l'enrayer. On y peut cependant arriver par deux

méthodes différentes : le changement complet des habitudes et des occupations, qui est fréquemment impossible en raison des nécessités de la vie, et l'éducation de la volonté.

Le « retour à la terre », à la vie des champs, à ses occupations lentes et monotones, sédatives de nature et de milieu, donne, quand il est accepté, des résultats immédiats et sûrs dont j'ai fourni précédemment un exemple caractéristique. Mais bien peu de personnes consentent à cet abandon de leur bien-être, de leur profession, de leurs relations utiles, de leurs habitudes. Car il ne s'agit pas seulement d'aller vivre au grand air, dans une propriété confortable, en conservant toutes les fâcheuses habitudes du citadin ; il s'agit de mener la vie rude et frugale du paysan, sinon sous ses habits, du moins dans sa façon de s'occuper. Quel bourgeois, non contraint par les circonstances, s'y résignerait ? On peut, à la rigueur, substituer à ce changement trop radical, la cure d'altitude, soit dans un sanatorium spécial, soit mieux encore dans un chalet un peu isolé et éloigné surtout des stations courues. Il n'est pas besoin de monter très haut ; 1.000 mètres d'altitude suffisent. La cure marine est au contraire souvent contre-indiquée ; elle est beaucoup trop excitante, à moins qu'on ne choisisse les petites criques tranquilles de la Côte d'Azur ou de la Corse, qui sont plutôt sédatives. On conçoit trop bien comment ce changement de milieu et de préoccupations influence et calme le système nerveux pour que j'y insiste. Mais il importe cependant que le malade ne passe pas subitement d'une activité débordante à une inertie intellectuelle trop grande. Il faut et il suffit qu'il se crée des occupations nouvelles plus simples, moins excitantes, la pêche, la chasse, le jardinage, les collections de plantes, d'insectes, de fossiles, de minéraux, la peinture sans prétention au grand art (elle

sera bien meilleure si elle est sincère), le modelage, les arts mécaniques. Pas trop de lectures et seulement celles qui sont d'un intérêt immédiat; pas trop de correspondances non plus. Un facteur très favorable est la durée de ces transplantations; si elles sont courtes, l'effet produit est trop superficiel pour amener un résultat durable. C'est pourquoi je n'aime pas beaucoup les voyages pour les préarthritiques. Ils y goûtent sans doute des distractions utiles, mais la multiplicité des impressions et les déplacements répétés augmentent bientôt l'énervement et la fatigue.

A la vérité, la transplantation est très pénible; le malade s'y plie à la longue, mais, au début, il lui faut faire appel à sa volonté et utiliser à cet égard les suggestions du médecin. Le rôle de ce dernier, en effet, est de préparer son client à tous les changements qu'il est obligé de lui imposer, dans sa nourriture, dans son hygiène, dans sa manière de vivre. Presque toujours le malade s'y refuse d'abord, non seulement parce qu'il n'en comprend pas les raisons, mais aussi parce que sa volonté est trop faible pour résister à l'entraînement des habitudes et des sentiments. Le médecin doit donc lui expliquer, avec patience et clarté, la nécessité des différents termes du traitement, puis lui indiquer comment il dressera sa volonté à les observer. Dans une intéressante petite brochure, inspirée de Dubois et de P. E. Lévy, et intitulée : *Moral et maladie, traitement psychique*, Pascault a donné une méthode pratique pour l'éducation de la volonté par l'auto-suggestion raisonnée et continue. J'y renvoie le lecteur, qui y trouvera toutes les indications capables de le guider dans les applications qu'il sera appelé à en faire en faveur de ses préarthritiques.

*Traitement médicamenteux.* — Je serai très bref à cet égard, parce que l'emploi des médicaments ne me paraît qu'excep-

tionnellement utile dans la thérapeutique des préarthritiques. Cependant étant donné l'hyperacidité humorale qui les caractérise, la cure d'oranges ou de citron, la cure de raisin, qui alcalinisent les humeurs, donnent souvent d'excellents résultats; cette dernière peut encore être utilisée contre certains troubles gastro-intestinaux.

Contre l'encombrement intestinal, presque constant, et qui entraine par synergie des altérations fonctionnelles du foie et de l'estomac, Pascault préconise la double purgation à l'huile de ricin et à l'ipéca (à doses fractionnées) qui a pour but d'évacuer non seulement les résidus alimentaires, mais le dépôt muqueux qui encrasse les parois intestinales, l'*entéro-ripose*. Je ne suis pas très partisan de cette méthode qui entraine un choc intense, constaté par la dépression marquée du patient. La plupart du temps, le changement de régime amène cette évacuation et l'atténuation progressive de l'entéro-ripose. Dans certains cas cependant, et malgré les objections de Burlureaux, la purgation est indispensable et doit être utilisée, en dépit de ses inconvénients. Il est bien entendu qu'on n'y recourra jamais qu'avec une certaine prudence.

On n'a que rarement l'occasion d'employer les uratolytiques. Si cela est nécessaire, on donnera la préférence à l'acide thyminique (solurol) qui est, suivant Schmoll, le dissolvant ou le solubilisant physiologique de l'acide urique et qui, chez certains goutteux et lithiasiques rénaux, m'a donné des résultats tout à fait remarquables. Le sidonal et l'urotropine sont aussi de bons uratolytiques ; les benzoates sont déjà moins actifs, et quant aux sels de lithine, ils seraient, suivant Fauvel, tout à fait inefficaces. Les produits du groupe du pyramidon et particulièrement le quinosalicylate (antalgol), lequel se substitue avantageusement

au salicylate de soude, sont des médicaments très précieux dans toutes les formes de douleurs toxiques, spécialement dans les névralgies et les douleurs rhumatoïdes. Ils sont énergiquement analgésiques, tout en paraissant augmenter les échanges et les oxydations intra-organiques, contrairement à l'aspirine et à l'antipyrine, plus toxiques, et qui sont contre-indiquées.

Enfin comme cures hydro-minérales, on n'a guère que l'embarras du choix, étant données la richesse et la spécialisation des stations françaises : Vichy comme cure alcaline et chez les hépatiques, Vittel, Contrexéville, Martigny, Capvern pour les lithiasiques et les uricémiques, Plombières et Châtel-Guyon pour les entéritiques, Brides pour les obèses avec glycosurie et troubles hépato-digestifs; pour les nerveux, Néris, Luxeuil, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, et pour les lymphatiques et herpétiques, La Bourboule, Saint-Nectaire, les Eaux-Bonnes, Cauterets. Comme eaux de simple lavage, en boissons abondantes, destinées surtout à débarrasser l'économie des déchets qui l'encrassent, la source Alliot, à Plombières, et la source Cachat à Evian. L'une et l'autre sont extrêmement peu minéralisées, et la source Alliot jouit en outre de propriétés radio-actives remarquables, sur la valeur thérapeutique desquelles nous ne sommes cependant pas encore bien fixés.

Le traitement du préarthritisme est long, des mois, parfois des années. Ce n'est pas en un jour que les fonctions se sont troublées; ce n'est pas en quelques semaines qu'on parviendra à les ramener à la normale. Mais si ce traitement est long, il est d'une efficacité certaine, à la condition que le malade ait une volonté assez forte pour l'observer sans défaillance tout le temps nécessaire. Là est la difficulté : rompre avec des habitudes anciennes, avec des préjugés

**enracinés. Si un individu énergique guérit toujours, un individu faible et indocile, malgré les moyens transitoires qu'il emploie et les médicaments variés auxquels il s'adresse, ne guérit jamais, de telle sorte que, pour ces malades, on peut dire que la cure est accomplie du jour où ils ont pris la ferme résolution de se soigner.**

---

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1908

Présidence de M. PATEIN.

## A l'occasion du procès-verbal.

## Congrès de 1908.

M. BAUDOUIN. — Je dois à la Société de lui rendre compte de la délégation qu'elle a bien voulu me confier pour le Congrès de Thalassothérapie qui vient d'avoir lieu à Abazzia. Je fus le seul Français présent à cette réunion qui comptait une quantité considérable de représentants des autres nations et notamment beaucoup de médecins de langue allemande.

Je crois de mon devoir de signaler le mauvais effet que produit toujours l'abstention de la France dans ces réunions. En la circonstance, l'abstention était d'autant plus extraordinaire que nous sommes d'un pays qui possède une étendue de côtes considérables et un nombre également considérable de stations maritimes à caractère très varié.

Qu'il s'agisse de villes d'eaux ou de stations climatiques, nous entendons, à tout instant, se plaindre les médecins intéressés, qui regrettent la situation médiocre de nos villes d'eaux. Cette situation s'explique pourtant, quand on voit que les Congrès spéciaux, intéressant justement ces stations, se passent sans qu'aucun médecin hydrologue daigne y assister et surtout y apporter un travail.

Pour assurer la vitalité des villes d'eaux et des plages, il faut

les faire connaître et, pour arriver à ce résultat, le meilleur moyen c'est encore le Congrès international. Mais pour obtenir la réunion dans un pays d'une session de congrès, encore faut-il qu'il y ait parmi les votants un nombre suffisant des médecins de la nation intéressée. La prochaine session du Congrès de Thalassothérapie se tiendra sur les bords de la Baltique.

Grâce à l'aide d'un confrère belge, nous avons fait voter la création d'une commission permanente internationale, chargée de régler toutes les questions concernant dans l'avenir les Congrès de Thalassothérapie. Chaque pays y comptera un représentant pour chacune des mers sur le bord desquelles il présente des stations. A ce titre, la France sera certaine d'être honorablement représentée, mais bien entendu, pour maintenir ce résultat, il est nécessaire que plusieurs médecins spécialistes sur ces questions veuillent bien payer de leur personne.

M. Bardet. — Comme Secrétaire général de la Société de Thérapeutique, je ne puis qu'approuver les observations de M. Baudouin, qui s'élève fort justement contre l'indifférence de nos compatriotes. Mais je ferai remarquer que nous ne pouvons ici être accusés, puisque justement le seul médecin français présent à Abazzia fut le représentant de notre Société.

Nous avons également été représentés à Genève, où MM. Laumonier, Chassevant et Chevalier assistaient aux deux Congrès qui y eurent lieu en septembre. Enfin, MM. Triboulet et René Gaultier nous représentaient à Washington. Assurément, on peut dire qu'il ne suffit pas d'un ou deux délégués par nation, et qu'il faut arriver à chaque congrès en nombre honorable, mais il est juste de reconnaître l'effort que la Société fait depuis deux ou trois ans.

Cependant, je reconnais que plus d'un d'entre nous pourrait se déplacer et porter au loin les idées françaises. Cela serait d'autant plus facile que, le plus souvent, les réunions de congrès ont lieu dans des pays extrêmement intéressants, où l'instinct seul du touriste pourrait suffire à diriger les amateurs de voyage. Nous sommes donc inexcusables de ne pas imiter nos voisin

d'Allemagne ou d'Angleterre, même d'Italie et d'Espagne, qui savent fort bien voyager et porter partout l'influence de leur pays d'origine.

M. Laumonier. — M. Baudouin et notre Secrétaire général ont parfaitement raison de regretter l'abstention systématique des Français dans les Congrès internationaux. Cela est d'autant moins compréhensible que nous sommes sûrs d'être admirablement reçus par nos confrères. Je suis heureux de témoigner ici de l'affabilité extrême avec laquelle nos confrères genevois ont accueilli leurs hôtes et, notamment, votre représentant. Remarquez que le Congrès de médecine de Genève était un congrès de langue française, il était donc tout naturel que nos compatriotes fussent nombreux, surtout quand la session avait lieu à Genève, où nous passons tous fort souvent. Eh bien! malgré ces excellentes conditions, les Français se trouvaient en minorité, ce qui me paraît réellement fâcheux, car rarement nous trouverons un terrain plus favorable.

M. Gaultier. — J'avoue que je suis moins pessimiste. J'arrive de Washington, où la France était représentée par M. Landouzy, par M. Arloing, par notre collègue Triboulet, sans compter d'autres confrères moins connus. Les idées françaises ont été merveilleusement défendues, surtout par M. Arloing qui a remporté un vif succès et a su imposer sa manière de voir malgré les efforts personnels du professeur R. Koch de Berlin, et peut-être même malgré la disposition générale de l'assemblée, ce qui augmente encore l'importance de la victoire remportée par nous.

M. Laumonier. — Nous ne pouvons que nous féliciter des faits rapportés par M. Gaultier, je reconnais qu'il est très heureux de voir des personnalités importantes représenter la France, mais nonobstant je crois que la qualité ne supplée pas complètement à la quantité et que, le jour où il s'agit d'exprimer des votes, ce qui arrive souvent, nous aurions grand avantage à être plus nombreux dans les réunions internationales.

## Communications.

### I. — *Note sur un appareil destiné à faciliter l'enveloppement ouaté des membres inférieurs*,

par M. Colin (de Bourg).

Depuis quelques années, on emploie beaucoup dans les maladies de l'enfance l'enveloppement ouaté des membres inférieurs, le tout recouvert d'une toile imperméable et maintenu par une bande qui s'enroule autour du membre.

Cet enveloppement ouaté donne de très bons résultats comme moyen adjuvant de traitement dans les phlegmasies de l'appareil broncho-pulmonaire (bronchite, pneumonie, broncho-pneumonie, congestion pulmonaire, laryngite, angine, etc.), dans les fièvres éruptives avec phénomènes cérébraux plus ou moins accentués, dans les localisations du rhumatisme aux articulations du membre inférieur, et en général dans toutes les maladies à caractère fébrile.

Par la chaleur emmagasinée dans cette atmosphère ouatée, par la transpiration abondante que l'on constate sur le coton au bout de quelques heures, il est facile de se rendre compte de l'influence considérable que peut avoir cette dérivation sur les organes congestionnés.

Pour moi, depuis huit ans, j'emploie à peu près systématiquement cet enveloppement ouaté dans les maladies de l'enfance, et je dois avouer que j'en ai obtenu de très bons résultats.

Mais il est assez difficile de faire un bon enveloppement ouaté avec des bandes et du taffetas gommé. La plupart du temps, les tours de bande glissent, le taffetas gommé se déchire et n'est plus utilisable pour un nouvel enveloppement. Ou bien l'entourage ne sait pas faire le véritable enveloppement qui doit emprisonner d'une façon complète *le pied, la jambe et la cuisse*, et les résultats, dans ces conditions, ne sont pas aussi bons que ceux qu'on pourrait attendre d'un tel traitement.

Pour remédier à ces différents inconvénients, j'ai imaginé une sorte de botte, faite de tissu imperméable, très souple, pouvant

se modeler sur la ouate et ne se déchirant pas. Cette botte (son nom l'indique) emprisonne toute la jambe jusqu'à la racine de la cuisse.

Ouverte comme une gouttière, elle présente sur ses bords un ourlet de coutil avec des œillets alternés par où passera un cordon élastique qui, tout en serrant la botte, permettra un certain jeu à l'articulation du genou. Ce cordon est implanté au niveau du cou-de-pied.

A l'un des bords est adapté un prolongement du taffetas que l'on glissera sous l'autre bord pour que la fermeture soit plus complète.

Je propose de l'appeler : la botte sudorale.

Manière de s'en servir :

1° Envelopper de coton ordinaire le membre inférieur tout entier depuis l'extrémité du pied jusqu'à la racine des cuisses;

2° Encapuchonner le pied dans la pointe de la botte, en exerçant une certaine traction, et passer le cordon dans les différents œillets en serrant modérément;

3° Vers la racine de la cuisse, faire une boucle avec l'extrémité du cordon, et l'enveloppement est terminé.

Dans le cas où l'enfant n'a pas la taille correspondant à la grandeur de la botte, il suffit de retourner sur elle-même l'extrémité de la botte.

Dimensions. La botte que je propose comme modèle a une longueur de 50 centimètres environ, mais on peut imaginer deux autres bottes plus grandes, l'une pour l'adolescence, et l'autre pour l'âge mûr.

DISCUSSION.

M. CRÉQUY. — Je voudrais dire un mot sur les enveloppements protecteurs et rappeler que la gutta-percha, dans ce but. est bien supérieure au taffetas gommé et à tous les autres imperméables. Avec un enveloppement de gutta-percha, un pansement est encore humide au bout de deux ou trois jours, ce qui est très commode pour le médecin de campagne qui ne peut le

renouveler souvent. Je l'emploie en lames, minces mais résistantes, l'épaisseur nécessaire variant avec la qualité de la gutta. Ce pansement est bien supérieur au taffetas gommé qui laisse filtrer l'eau ou le médicament, lesquels peuvent mouiller le lit du malade.

## II. — *Les eaux minérales sérums artificiels, milieux vitaux*, par M. C. Fleig.

Dans des recherches antérieures, j'ai comparé les effets biologiques des injections de sérum artificiel constitué par la solution simple de chlorure de sodium à 8 ou 9 pour 1000 et de certains sérums de composition minérale plus complexe, se rapprochant autant que possible de celle du sang (1). L'action physiologique spéciale de ces sérums m'a amené à me demander si certaines eaux minérales ne pourraient pas être elles-mêmes utilisées comme *sérums artificiels* et ne réaliseraient pas des *milieux nutritifs* supérieurs à l'eau salée ordinaire. La plupart de ces eaux contiennent en effet en proportions variables les divers

(1) C. Fleig. Les sérums artificiels à minéralisation complexe, milieux vitaux. Leurs effets après les hémorragies (*C. R. Acad. des Sc.*, 1er juillet 1907).

Les sérums artificiels à minéralisation complexe et à sels insolubles. injectables dans les veines (*C. R. Acad. des Sc.*, 22 juillet 1907).

Effets comparés des transfusions d'eau salée pure et de sérums artificiels à minéralisation complexe dans les hémorragies (*C. R. Soc. Biol.*, 6 juillet 1907).

Les injections intraveineuses insolubles (*C. R. Soc. Biol.*, 13 juillet 1907).

Sérums physiologiques complexes, à sels solubles et insolubles (*Congrès des Sociétés savantes*, Paris, avril 1908).

Action comparée de l'eau salée simple et des sérums artificiels à minéralisation complexe sur le sang et sur la circulation (*C. R. Acad. des Sc.*, 25 mai 1908).

Effets comparés des sérums à minéralisation complexe et de l'eau salée simple sur les phénomènes d'excrétion et de nutrition (*C. R. Acad. des Sc.*, 1908).

Métrorragies chez une hémophilique vierge, traitées par des injections intraveineuses de sérum artificiel à minéralisation complexe et à fer insoluble (*XXIe Congrès français de chirurgie*, Paris, octobre 1908; collab. avec M. de Rouville).

éléments minéraux qui entrent dans la composition des humeurs et des tissus, le plus souvent des chlorures, des sulfates, des carbonates ou bicarbonates, des phosphates même, de la silice, du sodium, du potassium, du calcium, du magnésium, du lithium, de l'ammonium ; on y trouve même d'autres corps plus rares dont l'action vient se surajouter encore à celle des éléments précédents, tels que le fer, l'arsenic, l'iode, le brome, le fluor, le manganèse, etc, etc... Il était dès lors logique de rechercher si ces solutions salines naturelles si complexes, mises directement au contact des éléments vivants, ne pourraient pas jouer le rôle de *sérums organiques* et constituer de vrais *milieux vitaux*.

Eaux minérales utilisées. — Les eaux minérales que j'ai étudiées à ce point de vue répondent à des compositions des plus variées ; la plupart présentent une minéralisation qu'on pourrait appeler *banale*, c'est-à-dire ne contiennent en proportions appréciables que les éléments minéraux communément rencontrés dans la plupart des eaux ; d'autres offrent, à côté de leur minéralisation banale, une minéralisation *spéciale*, arsenicale, ferrugineuse ou sulfureuse par exemple.

Elles sont, par rapport au sérum sanguin, soit *isotoniques ou voisines de l'isotonie*, soit nettement *hypotoniques* ou *hypertoniques*. En particulier, celles de *Balaruc*, *Hombourg*, *Kreuznach*, *Kissingen*, *Wiesbaden*, *Uriage*, *Tarasp-Schuls ont des points cryoscopiques voisins de celui du sang* (certaines sources du moins) ; celles de *Bourbonne*, *La Motte*, *Santenay*, *Vals*, *Saint-Nectaire*, *Châtel-Guyon*, *La Bourboule* sont nettement *hypotoniques*; celles de *Biarritz*, *Salies-de-Béarn*, *Ischl*, *Rheinfelden*, *Bex*, *Salins*, *Salins-Moutiers*, *Nauheim*, *Pyrmont* sont au contraire nettement hypertoniques.

Les eaux dont le point de congélation n'était pas voisin de celui du sérum sanguin étaient rendues isotoniques par dilution avec de l'eau distillée ou par addition de chlorure de sodium pur. On éliminait ainsi pour les diverses expériences toute influence possible due à l'osmonocivité.

INJECTIONS D'EAUX MINÉRALES DANS LES VEINES ET PAR D'AUTRES VOIES. — Dans une première série d'essais, j'ai injecté chez l'animal, par diverses voies, ces différentes eaux minérales soit naturellement isotoniques ou voisines de l'isotonie, soit ramenées artificiellement à l'isotonie. Les eaux qui présentaient un trouble étaient préalablement filtrées ; celles qui étaient très chargées en acide carbonique libre étaient parfois exposées à l'air pendant quinze ou trente minutes pour laisser échapper l'excès de gaz. Enfin l'eau utilisée était portée à la température du corps. Dans ces conditions, *la plupart des eaux qui viennent d'être énumérées peuvent être injectées, chez le chien et chez le lapin, directement dans les veines et en quantités énormes sans produire d'autres troubles que ceux qui succèdent aux injections massives d'eau salée pure isotonique.* Chez un chien de 15 à 20 kilogrammes par exemple, on peut introduire dans les veines plus d'un litre d'eau minérale en quelques minutes sans observer par la suite le moindre effet toxique.

Mais c'est surtout au moyen des *injections intra-veineuses prolongées et à vitesse lente* qu'on peut démontrer l'innocuité de ces solutions naturelles : avec une vitesse d'injection voisine de 1 cc. par kilogramme d'animal et par minute, j'ai pu arriver, chez le chien, *à faire passer dans le sang en une seule fois des quantités d'eau arrivant à égaler le poids de l'animal* ; celui-ci, à part quelques troubles passagers d'origine mécanique, présente dès le lendemain un aspect normal.

En faisant des expériences comparatives sur un même animal, on constate en outre que la plupart des eaux minérales citées, administrées en injections prolongées et à vitesse lente, sont *mieux supportées que le sérum physiologique ordinaire.* Il en est ainsi notamment pour l'eau de *Balaruc*, pour l'eau de certaines sources de *Hombourg*, de *Kreuznach*, de *Salins-Moutiers*, etc. Les *injections sous-cutanées* ou *intra-musculaires* sont de même extrêmement bien tolérées.

*Certaines eaux même, qui sont nettement hypotoniques, telles que celles de La Motte, Santenay, La Bourboule. Châtel-Guyon, etc., peu-*

*vent être injectées directement dans le sang sans être ramenées à l'isotonie;* elles ne provoquent pas d'hémoglobinurie pourvu que la vitesse d'injection soit assez lente et que la quantité ne soit pas trop élevée. Par la voie sous-cutanée ou intra-musculaire, elles ne produisent à plus forte raison aucun trouble.

Il est remarquable d'autre part de constater la facilité avec laquelle sont supportées diverses eaux à minéralisation spéciale, les eaux arsenicales de *la Bourboule* (surtout source Croizat) et les eaux sulfureuses d'*Uriage* entre autres.

*Chez l'homme*, dans les nombreux cas où j'ai pratiqué des injections répétées d'eaux minérales, je n'ai jamais observé le moindre accident; en vue d'obtenir certains effets thérapeutiques, j'ai injecté dans les veines jusqu'à PLUS D'UN LITRE EN UNE FOIS des eaux de *Balaruc*, d'*Uriage*, de *Hombourg*, de *Kreuznach*, etc. Les mêmes eaux, ainsi que celles de la *Bourboule* (sources *Choussy-Perrière* et *Croizat*) et la plupart des autres, administrées sous la peau ou dans les muscles, même non ramenées à l'isotonie, n'ont jamais non plus donné lieu à un effet toxique, et leur action, sur laquelle nous reviendrons en détail, est des plus intéressantes.

TRANSFUSIONS D'EAUX MINÉRALES APRÈS LES SAIGNÉES. — Dans une autre série d'expériences, j'ai pratiqué d'abondantes *transfusions d'eaux minérales chez des animaux qui venaient de subir des saignées plus ou moins copieuses*, placés donc dans des conditions très défavorables pour résister à toute intervention susceptible d'avoir un caractère toxique. Les effets restaurateurs ont cependant été des plus nets, et les animaux, sous l'influence de ce traitement, ont pu *survivre même à des saignées qui, sans transfusion consécutive, eussent été mortelles. Chez l'homme aussi* des injections intra-veineuses des mêmes eaux faites après des saignées thérapeutiques, n'ont eu que d'excellents effets. Ce sont surtout les eaux de *Balaruc*, *Hombourg*, *Kreuznach*, *Uriage*, *la Bourboule* (isotonique) que nous avons utilisées dans les cas de ce genre.

SURVIE ET REVIVISCENCE DES ORGANES ISOLÉS DANS LES EAUX MINÉRALES — Enfin la démonstration la plus nette à donner de l'intérêt qu'il y a à utiliser les eaux minérales comme sérums artificiels se trouve dans l'étude de leurs *effets sur les organes et les éléments cellulaires isolés du corps.* A ce point de vue, j'ai étudié particulièrement *l'action de diverses eaux sur les contractions de fragments d'intestin de lapin excisé*, comparativement avec celle de l'eau salée pure à 9 p. 1000. L'intensité des contractions de ces fragments plongés dans les milieux artificiels à la température du corps est en général plus forte dans le cas des eaux minérales que dans le cas de l'eau salée pure : il en est ainsi par exemple pour les eaux de *Balaruc, Uriage, Salins, Salins-Moutiers, Hombourg, Kreuznach* (certaines sources). Tardivement cependant, si l'intestin s'est contracté très énergiquement, ses mouvements peuvent cesser plus tôt que ceux du témoin plongé dans l'eau salée ; cet arrêt des contractions paraît dû à ce que les doses des éléments qui, pour l'intestin normal, jouaient le rôle d'excitant, ont pu produire un effet inverse, inhibiteur, sur l'organe fatigué ; il doit être dû partiellement aussi à l'action de certains éléments de l'eau (K, Mg) qui, aux doses où ils s'y trouvent, ont pu exercer un effet inhibiteur sur l'intestin fatigué, alors qu'ils n'avaient aucune action sur l'intestin normal. Ces hypothèses trouvent une confirmation dans ce fait que l'intestin arrêté se meut à nouveau si on dilue l'eau minérale avec de l'eau salée ordinaire. — Lorsqu'au contraire les contractions n'ont pas été beaucoup plus vigoureuses que celles du fragment témoin, leur durée est beaucoup plus prolongée que pour ce dernier. — Si l'intestin, immergé dans l'eau minérale, est conservé à basse température, on peut observer *sa reviviscence près d'une semaine après la mort de l'individu* en le réchauffant progressivement à la température du corps. *Ces solutions, loin d'avoir la moindre action toxique, réalisent donc bien d'excellents milieux vitaux, ainsi que le confirme encore leur action conservatrice vis-à-vis des divers éléments cellulaires, tels que les globules du sang.*

Ces effets des eaux minérales utilisées comme milieux vitaux

sont loin d'être sans lien commun avec ceux de l'eau de mer : beaucoup d'eaux minérales sont en effet de *véritables eaux marines* et la plupart des nappes salines d'où elles naissent ne représentent, comme l'a brillamment démontré Dieulafait, que le *reliquat de mers anciennes* isolées de la masse océanique.

Certaines eaux minérales sont cependant bien plus intéressantes encore que l'eau de mer au point de vue de leur utilisation possible en tant que sérums artificiels et milieux vitaux, puisqu'elles n'ont même pas besoin d'être diluées par addition d'eau et *sourdent de la terre déjà isotoniques au milieu vital intercellulaire de l'homme*. Ce sont de vrais plasmas naturels, directement injectables, sans modification aucune, dans l'organisme lui-même (Balaruc, par exemple).

### *Effets physiologiques des eaux minérales en tant que sérums artificiels,*

par M. C. Fleig.

Les diverses eaux minérales que j'ai employées comme sérums artificiels provoquent des effets physiologiques assez analogues à ceux des sérums artificiels à minéralisation complexe. C'est dire que les modifications qu'elles produisent vis-à-vis des différentes fonctions de l'organisme sont en général plus marquées que celles qu'amène l'eau salée pure. J'ai étudié, pour la plupart de ces eaux, *les effets multiples de leur injection par diverses voies*, et particulièrement leur action sur le sang, le système circulatoire, sur les phénomènes d'excrétion et de nutrition.

Comme pour les sérums complexes, j'ai utilisé, suivant les cas, les petites injections répétées, les injections massives, les injections prolongées à vitesse lente.

Un des effets les plus manifestes qui suivent l'injection d'eau minérale, et surtout l'injection intra-veineuse, se trouve dans l'ensemble des phénomènes réactionnels ainsi provoqués : *chez l'homme* par exemple, une injection moyenne de 400 à 600 cc. amène rapidement au bout d'un quart d'heure à une heure une

*violente réaction* caractérisée par des frissons, avec claquements de dents, de l'excitation motrice et quelquefois de l'excitation psychique, une forte élévation de la température qui peut dépasser souvent 40° et atteindre même 41°, et des sueurs plus ou moins abondantes; cette poussée thermique au bout d'une à deux heures diminue progressivement, le pouls et la respiration qui s'étaient accélérés reviennent à la normale et les sueurs cessent le plus souvent quelque temps après. Le lendemain l'individu éprouve souvent un peu de fatigue; il s'est fait une diurèse en général assez abondante. Le tableau est en somme très comparable à celui qui caractérise les injections de sérum physiologique ordinaire, il paraît seulement plus accentué, surtout pour certaines eaux légèrement hypertoniques (quelques sources de *Hombourg*, *Kreuznach*, etc.).

*Chez l'animal*, les phénomènes de réaction générale ont quelque analogie, mais nécessitent pour se produire des doses d'eau minérale proportionnellement plus fortes que chez l'homme.

ACTION DES INJECTIONS D'EAUX MINÉRALES SUR LE SANG ET LE SYSTÈME CIRCULATOIRE. — Sur le sang et le système circulatoire, les injections d'eaux minérales exercent des actions qui rappellent pour la plupart celle des sérums artificiels à minéralisation complexe, notamment vis-à-vis de la *coagulation*, *des globules*, *de la pression sanguine* et de la *contraction cardiaque*.

Plusieurs eaux minérales, en particulier celles de *Hombourg*, *Kreuznach*, *Kissingen*, *Balaruc*, etc... *augmentent la coagulabilité du sang soit* in vitro, *soit* in vivo *de façon beaucoup plus marquée que ne le fait l'eau salée simple*. La même différence se montre dans l'action hémostatique qu'elles exercent en injection sur les *hémorragies en nappe* produites par exemple par des sections transversales de muscles. Ces faits s'expliquent en partie par la *teneur très élevée de ces eaux en sels de chaux*. Chez l'homme, nous les avons mis à profit avec succès dans quelques cas d'hémorragie.

Quant au *mécanisme de l'action hémostatique produite* in vivo,

il est double ici encore, dû à la fois à l'augmentation de coagulabilité du sang et à l'intervention d'un mécanisme vaso-constricteur.

Non seulement les eaux minérales peuvent, comme nous l'avons vu, être substituées dans l'organisme aux grandes masses de sang soustraites dans les saignées, mais encore les *effets restaurateurs* qu'elles produisent sont en général *supérieurs à ceux de l'eau salée simple :* il en est ainsi notamment pour les eaux de *Hombourg*, *Kreuznach*, *La Bourboule* isotonique, *Balaruc*, etc., qui donnent lieu après les hémorragies à une rénovation globulaire plus rapide et peuvent d'autre part *permettre la survie définitive d'animaux qui, transfusés simplement d'eau salée ordinaire, eussent fatalement succombé.* C'est la minéralisation très complexe, souvent riche en éléments très actifs, tels que le fer, la chaux, etc., qui est la cause de ces puissants effets.

Un des points qui différencient encore nettement plusieurs eaux minérales du sérum artificiel ordinaire, c'est l'action qu'elles exercent en injection intra-veineuse sur la *pression sanguine*. Certaines d'entre elles, en particulier celles de *Hombourg* et de *Kreuznach*, produisent une *hausse de pression persistante*, à des doses où l'eau salée simple est loin d'avoir le moindre effet. Si, au lieu d'être injectées chez un animal où la pression est normale, elles sont injectées chez un animal à pression préalablement abaissée par une vaste saignée, on remarque que la plupart ramènent la pression vers son taux primitif beaucoup plus facilement et plus vite que l'eau salée pure.

Cette action doit être attribuée principalement au calcium, de même que l'*action sur la contraction cardiaque*, beaucoup plus marquée avec ces eaux en injection intraveineuse qu'avec le sérum artificiel.

Action sur les phénomènes d'excrétion et de nutrition. — L'étude que j'ai entreprise des modifications produites dans des phénomènes d'excrétion et de nutrition sous l'influence des injections d'eaux minérales a été faite suivant le même plan et

les mêmes techniques que j'ai utilisées à propos des sérums artificiels à minéralisation complexe. On peut dire que globalement les résultats sont les mêmes : le traitement hydrominéral donne lieu *chez l'homme* à une *accélération dans les éliminations urinaires et dans les oxydations organiques* en général plus intense que ne le fait l'eau salée pure; c'est ce que montrent *l'augmentation de la diurèse, de l'urée et des sels de l'urine, du rapport azoturique, de la diurèse moléculaire totale, de la diurèse moléculaire élaborée, la diminution du coefficient urotoxique, du poids et de la toxicité de la molécule élaborée moyenne.*

*Chez l'animal*, sous l'influence des injections prolongées et à vitesse lente, faites comparativement aux injections d'eau salée simple, les résultats deviennent encore plus nets si l'on étudie les phénomènes d'élimination et de nutrition, soit pendant le cours même de l'injection, soit pendant les jours consécutifs.

La conclusion dès lors est la même que pour les sérums artificiels à minéralisation complexe : *beaucoup d'eaux minérales*, pouvons-nous dire, *réalisent des milieux organiques de tous points préférables à la solution chlorurée simple et l'altération qu'elles apportent au milieu vital naturel est moindre encore que celle que produit cette solution.*

IMPORTANCE THÉRAPEUTIQUE. — De nombreuses et importantes déductions thérapeutiques découlent de ces notions. Comme nous venons de le montrer, beaucoup d'eaux minérales pourront être utilisées comme sérums artificiels et donner des effets supérieurs à ceux du sérum physiologique ordinaire : *les eaux à minéralisation banale seront en général à employer dans tous les cas où celui-ci est indiqué et les eaux à minéralisation spéciale dans divers cas déterminés où l'élément particulier qui les caractérise* (As, Fe, $H^2S$. etc.) *est susceptible de produire un effet thérapeutique spécifique.* Nous avons mis à profit l'action hémostatique des eaux de *Hombourg*, *Kreuznach*, etc., dans différentes hémorragies; l'action excitante, sur la nutrition et sur l'hématopoïèse, de ces mêmes eaux et de celles de *Balaruc*, *la Bourboule*, etc., dans diverses

maladies du sang, de la nutrition et de la peau, dans certaines manifestations tuberculeuses; l'action de l'eau d'*Uriage* dans des syphilis graves, comme adjuvant du traitement mercuriel, et dans certaines affections cutanées, etc. Nous donnerons ultérieurement les résultats obtenus.

Les idées que nous venons d'exposer ouvrent tout un champ nouveau d'études cliniques *sur l'action thérapeutique des eaux minérales*, AU DOUBLE POINT DE VUE DE LEUR VALEUR EN TANT QUE SÉRUMS NATURELS A MINÉRALISATION COMPLEXE ET EN TANT QUE NOUVELLE MÉTHODE D'APPLICATION DE LA CURE HYDROMINÉRALE. Nous insistons sur ce double intérêt pratique que présentent les injections de différentes eaux minérales appropriées aux divers états morbides à traiter.

1° *En tant que sérums à minéralisation complexe.* Les eaux minérales à minéralisation banale et de teneur saline suffisante pourront être employées comme sérums artificiels, en injections intra-veineuses, sous-cutanées ou intra-musculaires, à des doses aussi fortes et plus fortes même que celles où on utilise le sérum ordinaire. *Les eaux à minéralisation banale et très hypertoniques* par rapport au plasma sanguin pourront être utilisées dans les mêmes conditions, après avoir été ramenées par dilution avec de l'eau distillée à un taux salin voisin de celui du plasma. *Les mêmes eaux à minéralisation banale, mais de concentration moléculaire trop faible,* ne pourront être injectées telles quelles dans les veines qu'en quantité minime, mais à des proportions élevées (500 cc.) sous la peau ou dans les muscles; il sera d'ailleurs facile de les ramener à l'isotonie par addition de chlorure de sodium si l'on veut les injecter en grande quantité (1). *Les eaux à minéralisation spéciale* pourront être employées aussi comme les eaux à minéralisation banale, en tant que sérums artificiels, dans les

(1) Il y aura lieu de voir si leur valeur thérapeutique ne sera pas altérée par cette addition de sel, qui modifie dans une certaine mesure l'état d'ionisation de leurs éléments minéraux.

limites où le permettra l'activité ou la toxicité des éléments spécifiques (As, Fe, etc.) qu'elles contiennent.

2° *En tant que nouvelle méthode d'application de la cure hydrominérale.* La seconde application générale des eaux minérales (à minéralisation banale ou spéciale) sera leur emploi spécifique par la voie des injections dans diverses maladies où une cure hydrominérale déterminée était instituée jusqu'à aujourd'hui par la voie externe. Il est permis de penser qu'un traitement hydrominéral interne, combiné au traitement externe habituellement employé, pourra renforcer de beaucoup l'activité de ce dernier. A côté de la balnéothérapie ordinaire, on aura ainsi un moyen thérapeutique susceptible d'une grande efficacité, réalisant en quelque sorte une **balnéothérapie tissulaire vraie.**

Tous les résultats relatés ici ont été obtenus avec les eaux d'exportation (mais d'origine récente cependant). Ces eaux, on le sait, sont cliniquement beaucoup moins actives que celles qui sont administrées aux sources mêmes ; nous ne pouvons méconnaître aujourd'hui la notion bien vraie de *l'état de vie ou de mort des eaux minérales*, suivant qu'elles sont consommées à la source ou après exportation, et l'impossibilité d'obtenir des résultats cliniques comparables à la source et loin d'elle. On devine dès lors toute l'utilité qu'il y aura à refaire les mêmes études sur les injections d'eaux minérales *directement au lieu d'émanation des sources, avec les eaux neuves, vivantes* même devons-nous dire.

On peut ainsi déjà pressentir l'intérêt qu'il y aurait à *réaliser auprès des sources des dispositifs simples permettant l'injection directe des eaux dans les tissus des malades* dont l'état nécessite un traitement intense et sûr. Les eaux à utiliser pourraient être préalablement filtrées par des moyens appropriés faciles à mettre en œuvre, ou même être injectées — certaines du moins — directement sans stérilisation, ces eaux étant par elles-mêmes suffisamment stériles. Nous avons très souvent injecté à des malades diverses eaux minérales appropriées sans filtration préalable ni stérilisation d'aucune sorte (jusqu'à 800 cc.), sans jamais avoir

**observé le plus minime accident. (Nous nous étions assuré auparavant de la pureté extrême de ces eaux.)**

**Ajoutons qu'un tel mode d'administration thérapeutique serait tout particulièrement indiqué pour certaines eaux dont le point cryoscopique est remarquablement voisin de celui du sang, ou même égal à celui-ci.** ***L'organisme malade serait ainsi soumis à l'action directe de ces sérums naturels, tels qu'ils sortent de leurs nappes productrices, à leur état de vitalité maximum.***

*(Travail du laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine et des cliniques des hôpitaux de Montpellier.)*

*(A suivre).*

## CARNET DU PRATICIEN

### Traitement de l'ulcère de l'estomac.

(A. Robin.)

Vomissements de sang noir ou rouge. Mœlena. Dyspeptique depuis longtemps. Crises gastriques avec retentissement dorsal et quand les aliments tombent dans l'estomac.

1° Repos stomacal absolu, pendant un temps qui variera de deux à huit jours, en prenant comme indication de la reprise de l'alimentation, la disparition de toute douleur spontanée ou provoquée; l'abaissement de la tension artérielle au-dessous de 10 cc. de mercure; la diminution des urines au-dessous de 400 cc. par vingt-quatre heures; la défaillance de l'état général avec des tendances syncopales;

2° Pendant cette période de repos, donner toutes les six heures, un *lavement désaltérant* de 250 grammes d'eau bouillie et une demi-heure après un *lavement alimentaire*, ainsi composé :

| | |
|---|---|
| Œufs frais battus........... | n° 2 |
| Peptones liquides........... | 2 cuillerées à soupe |
| Solut. de glucose à 20 p. 100. | 100 gr. |
| Chlorure de sodium......... | 1 » |
| Laudanum de Sydenham.... | III gt. |

| | |
|---|---|
| Pepsine | 1 gr. |
| Bouillon frais, quantité suffisante pour faire | 250 » |

Supprimer le laudanum si le lavement est bien toléré.

Possibilité d'observer pendant cette période de la parotidite suppurée par accumulation de microbes pyogènes dans le canal de Stenon ; d'où indication de nettoyages fréquents de la bouche avec un tampon de coton imprégné de la préparation :

| | |
|---|---|
| Naphtol-β | 0 gr. 20 |
| Perborate de soude | 15 » |
| Eau de menthe | 200 » |
| Alcoolature de racine d'aconit | 2 » |
| Eau bouillie quantité suffisante pour | 1 lit. |

Mêlez. Faire chauffer au bain-marie avant de s'en servir.

3° Si pendant cette période de repos absolu on éprouvait la moindre sensation du côté de l'estomac, qu'il s'agisse de brûlures, de crampes, d'aigreurs, de tiraillements, de pesanteurs ou de tous autres malaises, prendre *aussitôt*, soit de nuit ou de jour, délayé dans un peu d'eau, le contenu d'un des paquets :

| | |
|---|---|
| Magnésie hydratée | 1 gr. 50 |
| Bicarbonate de soude | 1 » |
| Sucre blanc | 2 » |
| Codéine | 0 » 005 |
| Carbonate de chaux précipité } | ââ 0 gr. 80 |
| Sous-nitrate de bismuth } | |

Pour un paquet. F. 10.

Si par l'emploi de ces paquets, la diarrhée survenait, on en modifierait la formule en réduisant la magnésie à 1 gramme et en portant à 1 gr. 25 le carbonate de chaux précipité et le sous-nitrate de bismuth. Ces paquets seront administrés *larga manu*; si malgré cela on ne réussissait pas à calmer les crises douloureuses, prendre :

| | |
|---|---|
| Codéine } | ââ 0 gr. 05 |
| Chlorhydrate de cocaïne } | |
| Eau de chaux | 160 » |
| — chloroformée | 40 » |

Dissolvez. Une cuillerée à soupe un quart d'heure après la poudre ci-dessus.

4° Quand on jugera à propos de cesser le repos stomacal, estimant que la période de cicatrisation est passée, on alimentera les malades par le régime lacté absolu ainsi réglé :

Le 1er jour, on supprimera un lavement alimentaire et l'on fera prendre 100 grammes de lait chaud que l'on boira par petites gorgées.

Le 2e jour on remplacera 2 lavements par 300 gr. de lait.
Le 3e jour — 3 lavements — 500 »
Le 4e jour — 4 lavements — 600 »

Chaque prise sera de 100 gr. Elles seront espacées de 4 heures le 2e jour, de 3 heures 1/2 le troisième et de 3 heures le quatrième.

A partir du 5e jour, on donnera six prises de 200 gr. espacées toutes les trois heures et par la suite on augmentera de 50 gr. la quantité de chaque prise journalière, de façon à faire ingérer quotidiennement jusqu'à trois et même quatre litres de lait, quantité qui ne sera jamais dépassée.

5° Pour faire tolérer le lait, éviter toute nausée, donner avant chaque prise III à V gouttes de la mixture.

| | |
|---|---|
| Picrotoxine | 0 gr. 05 |
| Alcool pour dissoudre | Q. s. |
| Chlorhydrate de morphine | 0 gr. 05 |
| Sulfate neutre d'atropine | 0 » 01 |
| Ergotine Bonjean | 1 » |
| Eau distillée de laurier-cerise | 12 » |

Mêlez.

6° Après chaque prise de lait, donner dans un peu d'eau le contenu d'un des paquets :

| | |
|---|---|
| Magnésie hydratée | ââ 8 gr. |
| Bicarbonate de soude | |
| Sucre blanc | ââ 12 » |
| Craie préparée | |

Pour 24 paquets.

Quand on sera à six prises de lait ne donner cette poudre qu'après chaque deuxième repas de lait.

7° Donner aussi à ce moment-là, après chaque repas de lait,

une demi-cuillerée à une cuillerée à soupe d'un *Elixir de pepsine*.

8° En cas de diarrhée, prendre après chaque prise de lait une tasse d'infusion de 1 gr. 50 de *racines de fraisier sauvage*.

Si ce moyen ne suffit pas, prendre avant chaque prise de lait, jusqu'à effet produit 1 des bols :

| | |
|---|---|
| Diascordium......................... | âà 4 gr. |
| Sous-nitrate de bismuth.............. | |

Pour 16 bols.

9° En cas de constipation, prendre tous les jours une grande *irrigation intestinale* avec de l'eau bouillie, tiède.

Si cela reste insuffisant, prendre le soir, en se couchant, de 1 à 3 des pilules suivantes :

| | |
|---|---|
| Aloès du Cap..................... | 0 gr. 07 |
| Gomme-gutte...................... | 0 » |
| Extrait de jusquiame.............. | âà 0 gr. 005 |
| — de belladone........... | |
| — de réglisse................. | 0 » 10 |

Pour 1 pilule, n° 20.

10° Le régime lacté sera continué aussi longtemps que le poids du malade augmentera et que ses forces se maintiendront, soit deux mois au minimum ou même quatre mois s'il y a eu des hémorragies et s'il existe de la sténose du pylore.

CH. A.

## BIBLIOGRAPHIE

*Conférences cliniques de chirurgie urinaire à l'usage des praticiens et des étudiants*, par le Dr FERNAND CATHELIN. Un vol. in-8° cartonné de 240 pages, avec 94 figures dans le texte. (Henry Paulin et Cie, éditeurs. Paris, 1908.)

Il eût été profondément regrettable que M. Cathelin ne donnât pas en librairie les conférences cliniques de chirurgie urinaire qu'il a eu récemment l'occasion de faire à l'hopital d'urologie. Des maîtres en la matière, des spécialistes de l'envergure de l'auteur ne doivent pas craindre de dire et d'écrire ce que leur expérience leur a appris, ce que la pratique de tous les jours leur a montré de plus profitable pour la cure de telle ou telle affection déterminée.

Les sujets abordés par M. Cathelin dans ses conférences ont fourni la matière d'un livre divisé en quatre parties : généralités, reins, vessie, prostate et verge.

Après avoir montré ce qu'était l'arsenal chirurgical urinaire sous Ambroise Paré, indiqué le soin qu'on doit porter au choix d'une sonde urétrale, l'auteur traite des pisseurs de pus, des pisseurs de sang, de la pathologie chirurgicale urinaire de l'enfant, des parasites animaux des voies urinaires, de l'urgence en chirurgie urinaire, des signes fournis par la vue seule en chirurgie urinaire, des injections épidurales en particulier dans le traitement des incontinences essentielles d'urine.

Il montre ensuite comment on doit palper le rein, faire le diagnostic et le traitement de la tuberculose et des calculs de l'organe.

Viennent après les indications et contre-indications de la lithotritie, l'exposition des raisons pour laquelle on doit préférer cette dernière à la taille, la pathologie du méat urétral, le traitement d'urgence de la rétention d'urine, le diagnostic et le traitement des cystites.

L'ouvrage se termine enfin par l'exposé de la technique des douches prostatiques, par la discussion des raisons qui doivent faire conseiller la prostatectomie, par l'étude de la coopérite aiguë blennorragique et l'exposé de l'autoplastie urétro-penisme.

Ecrit dans un style aussi clair que précis, nourri de faits, exposant à l'occasion, dans ses menus détails, une technique opératoire peu connue, le livre de M. Cathelin est appelé à recevoir du public médical le meilleur accueil.

---

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Hygiène et toxicologie.

**Le remède de la fatigue.** — Le repos est assurément tout indiqué lorsqu'on est fatigué. Mais cela peut ne pas suffire et alors on se trouve bien d'agir par certains moyens hygiéniques ou pharmaceutiques.

« L'alimentation » est un agent réparateur physiologique. Elle fournit les matériaux nécessaires aux dépenses d'énergie, mais cette action est tardive ; elle agit donc aussi d'une manière suggestive, puisque l'alimentation précède la réparation matérielle des forces.

Certains procédés, tels que le « massage », la « douche froide » dissipent la fatigue en agissant mécaniquement ; ils n'ajoutent rien toutefois aux réserves d'énergie de l'organisme.

Un grand nombre de médicaments et une catégorie spéciale d'aliments exercent sur le système nerveux une influence stimulante énergique. Mais cette action ne fait que faciliter la dépense des réserves, sans restituer à l'organisme la somme d'énergie dépensée ; c'est ce qui explique la sensation de fatigue qui suit l'excitation produite par ces drogues. Parmi ces produits on peut citer « l'alcool » qui est un stimulant, « le café «, la coca », la « kola », qui sont des palliatifs de la fatigue dont ils diminuent les sensations pénibles.

La « théobromine » est un générateur de forces. Elle est associée à la caféine et à des matières nutritives dans le chocolat qui constitue un bon aliment réparateur. On peut ajouter à cette nomenclature la « strychnine », l' « acide formique », les « glycérophosphates », les « lécithines ».

Mais d'après M. LAGRANGE, à qui sont empruntés les renseignements qui précèdent, le véritable traitement de la fatigue consisterait dans l'entraînement progressif du corps et de l'esprit, le repos et une alimentation rationnelle.

**Accidents consécutifs aux injections de quinine.** — R. de GAULEJAC. (*La Presse médicale* 18 mai 1908.) — Malgré toutes les précautions d'asepsie, l'injection des sels de quinine s'accompagne de complications dont les principales sont les *escarres* et les *abcès*. Les escarres se montrent indifféremment dans tous les points de l'organisme, mais de préférence dans les régions où la solution quinique a été injectée entre la peau et une aponévrose. Elles débutent par une tache rouge qui ou rétrocède ou se creuse en un ulcère aux bords taillés à l'emporte-pièce de coloration rouge violacée ou sanieux et atones. Dans plus de la moitié des cas, l'ulcère de mauvaise nature se rencontre chez les alcooliques.

**Les abcès** post-quiniques ont des points d'élection : exceptionnels au niveau de la paroi abdominale, rares dans la région fessière, on les rencontre surtout au niveau de la partie antérieure des cuisses. Dans le paludisme ils semblent jouer le rôle d'abcès

de fixation vis-à-vis des infections surajoutées. Leur début est ordinairement tardif, ne se faisant que de huit à quinze jours après l'injection.

En résumé les escarres tiennent à des injections trop superficielles et les abcès à des injections intramusculaires, ces dernières chez des sujets infectés ou intoxiqués. La règle qui résulte de ces constatations serait de faire les injections de préférence dans les régions fessière ou abdominale, le sujet étant au repos et ses muscles ne devant être soumis qu'à un travail modéré dans les jours suivants.

## FORMULAIRE

### Contre l'ozène.

| | |
|---|---|
| Iode métallique | 1 gr. |
| Iodure de potassium | 4 » |
| Menthol | 0 » 20 |
| Glycérine | 40 » |

Deux badigeonnages de la muqueuse, quatre fois par semaine, après avoir enlevé les croûtes à l'aide de la pince.

### Cachets contre la migraine.

| | |
|---|---|
| Cryogénine<br>Antipyrine | ãã 0 gr. 50 |

Un cachet au début de l'accès.

L'action analgésique des deux produits, exaltée par l'association, donne des résultats remarquables et très rapides.

### Lotion excitante du cuir chevelu.

| | |
|---|---|
| Acide acétique | 50 gr. |
| Teinture de Romarin<br>— de Jaborandi<br>— de Quinine | ãã 25 » |
| Rhum | 50 » |

Couper cette mixture avec moitié d'eau : appliquer à l'aide d'une petite brosse douce.

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. — HOPITAL BEAUJON

### M. le Professeur ALBERT ROBIN

*Organisation de l'Enseignement pour l'année scolaire 1908-1909.*

Tous les jeudis à 10 heures du matin leçon de clinique thérapeutique avec présentation de malades par M. le professeur Albert Robin (grand amphithéâtre des cours).

Tous les matins à 9 heures au lit du malade, salles Louis et Axenfeld, enseignement pratique suivi d'interrogations.

Trois fois par semaine, les lundi, mercredi, vendredi de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2 un enseignement complémentaire de thérapeutique sera fait avec le concours et la collaboration de MM :

G. BARDET, assistant de thérapeutique à l'hôpital Beaujon : *l'Art de formuler;*

LÉON BELLIN, ancien assistant du service de laryngologie à l'hôpital Saint-Antoine : *Maladies de la gorge, du nez et des oreilles;*

AM. BOURNIGAULT, chef de laboratoire de la clinique thérapeutique : *Chimie biologique appliquée à la thérapeutique ;*

F. CATHELIN, ancien chef de clinique à la Faculté : *Maladie des voies urinaires ;*

HENRI DOMINICI, ancien interne des hôpitaux : *Maladies du sang :*

DELHERM, ancien interne des hopitaux : *Electricité médicale ;*

MARCEL CLARET : chef de clinique à la Faculté : *Maladies des poumons ;*

AM. COYON, chef de clinique à la Faculté : *Maladies de la nutrition ;*

René Gaultier, chef de clinique à la Faculté : *Maladies de l'intestin, du foie, du pancréas ;*

Leredde, ancien assistant à l'hôpital Saint-Louis : *Maladies cutanées et syphilitiques ;*

M. Michel, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté : *Maladies du cœur ;*

G. Robin, professeur à l'Ecole dentaire : *Maladies de la dentition ;*

Ch. Sauvineau, ancien interne des hôpitaux : *Maladies des yeux ;*

Paul Sainton, ancien chef de clinique à la Faculté : *Maladies du système nerveux* ;

Un programme détaillé de ces conférences sera remis à chacun des élèves. Les élèves seront en outre exercés individuellement aux recherches de laboratoire.

(En dehors des stagiaires du service, le cours complémentaire est ouvert librement aux étudiants qui désireraient le suivre, avec prière de se faire inscrire d'avance à la clinique thérapeutique.)

---

*Le Gérant* : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

# VARIÉTÉS

## L'Hygiène et la Thérapeutique de Voltaire.

### I

Venir au monde en état de mort apparente et atteindre, malgré mille infirmités, les limites de l'extrême vieillesse ; passer son existence à se plaindre et conserver, en dépit des souffrances, une activité cérébrale dont les annales littéraires n'offrent peut-être pas d'autre exemple; ce prodige, comment Voltaire l'a-t-il réalisé ? A quels magiques secrets a recouru ce thaumaturge qui se flatte, à maintes reprises, de s'être passé des secours de l'art (1), d'avoir été à lui-même son propre médecin ?

Né prématurément, le génial avorton n'a que le souffle, quand sa mère lui donne le jour. Aura-t-il quelques heures, quelques semaines à vivre? sa santé rend son entourage si inquiet que l'on retarde l'ondoiement de l'enfant, pour ne pas mettre sa vie en péril : il sera baptisé huit mois seulement après avoir été ondoyé ; et les parents devront indiquer une fausse date de naissance, pour dissimuler ce long retard.

Par quel miracle l'enfant, né d'un père et d'une mère « malsains et morts jeunes » (2), étant lui-même de santé frêle et délicate, parvient-il à l'adolescence sans trop de heurts?

(1) « Il faisait peu de cas des médecins, en général; il connaissait bien son tempérament et se traitait lui-même. Jamais je ne l'ai vu en envoyer chercher un directement. Quand ils venaient le voir, il parlait médecine avec eux, et en raisonnait fort bien. » *Mémoires sur Voltaire et sur ses ouvrages*, par LONGCHAMP et WAGNIÈRE, ses secrétaires. t. Ier (Paris, 1826).

(2) Lettre au marquis d'Argenson, du 12 juin 1746.

La première maladie qu'il nous signale — car il n'est meilleur registre de ses indispositions journalières que sa correspondance — est de 1723. Voltaire approche de la trentaine, quand il paie son tribut à une épidémie de variole, qui sévit dans la contrée : il était alors l'hôte de M. de Maisons, dans le magnifique château, bâti sur les plans de Mansart, que possédait le fastueux président, à l'endroit qui est devenu depuis Maisons-Laffitte. Il reçut les soins du docteur Gervasi, et il eut la chance de guérir, non sans être gravé (1).

Quel traitement suivit-il ? Il a eu soin de nous en instruire avec force détails. Il se fit saigner deux fois; la seconde fois de son autorité, « malgré le préjugé vulgaire ». Son médecin lui fit prendre jusqu'à huit fois de l'émétique, et au lieu des cordiaux, « que l'on donne ordinairement dans cette maladie », il lui fit boire *deux cents pintes* de limonade. Il nous dit ensuite quels étaient les remèdes dont se servaient les médecins de l'époque, pour combattre le terrible mal; il nous parle des médicaments à la mode, ceux qu'on se hâtait de prendre, pendant qu'ils guérissaient : le remède du Père Aignan, le capucin à qui l'on doit la formule du Baume

(1) Voltaire semble avoir conservé un certain temps, du moins, les cicatrices de la variole : peu après sa guérison, il écrivait à Mme de Bernières : « Vous me trouverez avec une gale horrible qui me couvre tout le corps... Où en serais-je si je n'avais voulu avoir auprès de vous que le mérite d'une peau de dame ?... Heureusement, je vous connais assez de vertu et d'amitié pour souffrir encore un pauvre lépreux comme moi. » D'autre part, dans une pièce dédiée à Gervasi, on lit ces vers :

*Où vais-je m'engager?*
*Quand on porte sur le visage*
*D'un mal si redouté le fatal témoignage,*
*Est-ce à l'amour qu'il faut songer ?*

(Poésies, t. XIII, p. 58.)

Tout cela est assez démonstratif et cependant les portraits du philosophe ne révèlent pas cette tare; et les contemporains sont muets sur ce point. Serait-ce que les traces de la maladie disparurent assez rapidement ?

tranquille; des lotions à l'eau de Rabel; des frictions avec le baume de Varenger, dont s'est perdue la recette. Seule, la mère du Régent, cette Palatine, dont les coups de langue sont autant de coups de boutoir, ayant été attaquée de la petite vérole, entendit se traiter à sa façon : elle laissa toutes ses fenêtres grande ouvertes, but à la glace, changea de linge trois fois par jour — une nouveauté bien hardie pour le temps ! — refusa la saignée, ô malédiction ! et, pour tout remède, s'en tint à la *poudre de la comtesse*, qui s'est longtemps conservée dans nos formulaires sous le nom de *poudre de Kent.*

***

L'impuissance des médecins à enrayer la marche du fléau avait rendu Voltaire fort sceptique à l'endroit de notre art. Par une fatalité décevante, il eut la douleur de voir mourir dans ses bras son ami, M. de Maisons, de la maladie même dont il avait réchappé.

« M. de Maisons, écrivait-il (1), est mort entre mes bras, non par l'ignorance, mais par la négligence des médecins. Il a péri faute de secours, au milieu de ses amis. Que dites-vous des médecins qui le laissent en danger à six heures du matin, et qui se donnent rendez-vous chez lui à midi ? Ils sont coupables de sa mort; ils laissent six heures sans secours un homme qu'un instant peut tuer : que cela serve de leçon à ceux qui auront des amis attaqués de la même maladie. »

Plus tard, quand le fils de Madame du Châtelet sera atteint du même mal, il pestera encore contre les médicastres et leur « tyrannie ignorante »; il les englobera tous dans sa réprobation, ne faisant exception que pour Gervasi, auquel

(1) Lettre du 13 septembre 1731.

il doit sa guérison et dont il consacrera le bienfait par une épître qui fera son renom.

Mais, chez Voltaire, la mémoire du cœur est toujours de courte durée. Le désir, le besoin de lancer l'épigramme, au risque d'atteindre les personnes qui lui sont le plus chères, prime toute autre considération. Si Gervasi l'a tiré d'un mauvais pas, il ne lui a pas refait une constitution, et c'est là son crime.

Il y a un an que Voltaire a eu la variole, et il est plus mal qu'avant d'en avoir été atteint. Peste soit de la médecine et des médecins! Le régime, voilà qui vaut mieux que tous les remèdes. « Conservez votre santé, écrit-il à la présidente de Bernières; elle dépend de vous, je vous le répète encore, beaucoup plus que de tous les médecins du monde; soyez sobre, et votre santé sera aussi bonne qu'elle m'est chère. »

Le conseil était bon, que ne le suivait-il lui-même? Mais il nous confesse son péché mignon : il ne peut prendre sur lui de se passer de *tourtes* et de *sucreries* (1), « comme il se passe de Gervasi, d'Helvétius et de Silva ».

Voltaire a quitté les médecins, pour pouvoir se traiter à sa fantaisie; livré à son inspiration, il se trouve désarmé contre les mille malaises qu'engendre une existence fiévreuse de travail et de préoccupations.

Le travail, écrit un de ses biographes (2), il semblait qu'il fût nécessaire à sa vie. La plupart du temps, il travaillait avec son secrétaire 18 à 20 heures par jour. Il ne dormait généralement que quelques heures, et se réveillait plusieurs fois la nuit : quand une idée lui venait, il se hâtait de la coucher sur le papier.

Composait-il une pièce, « il était en fièvre; » son ima-

(1) Lettre à Thiriot, 17 octobre 1725.

(2) *Histoire de la vie de Voltaire*, p. 337.

gination le tourmentait et ne lui laissait aucun repos. « J'ai le diable dans le corps, disait-il; il est vrai qu'il faut l'avoir pour faire des vers. »

Il ne commettait d'autres excès que des excès de travail ; impatient et fougueux, il voulait achever aussitôt qu'il avait conçu, concevait ensemble plusieurs ouvrages et remplissait encore les intervalles de l'un à l'autre par des productions différentes.

Il fallait sans cesse de nouveaux aliments à cette ardeur dévorante. Jamais son action ne fut interrompue ni ralentie par les distractions de la société, ni par l'embarras des affaires, ni dans le tumulte des voyages, ni dans la dissipation des cours, ni même au milieu des séductions du plaisir et parmi les orages des passions (1).



Puisque la question vient sous notre plume, peut-être ne sera-t-il pas indifférent de rechercher et d'établir quelle fut la conduite de Voltaire vis-à-vis des femmes? Fut-il le libertin que certains ont représenté ; l'indifférent, pour ne pas dire plus, que d'autres nous ont dépeint? Il semble avoir toujours été auprès du sexe d'une politesse, d'une courtoisie, qui furent la marque de son époque ; mais il ne lui a jamais sacrifié ni sa tranquillité morale, ni un tempérament dont il connaissait trop la délicatesse, pour ne pas prendre tous les ménagements que comportait sa susceptibilité.

Comme tous les jeunes gens, il a jeté sa gourme; mais s'il a eu une passion, il fut assez sage pour ne s'y point attarder.

(1) La Harpe, *Précis historique sur M. de Voltaire* (1777), 3 vol. in-8e ; *Mémoires et anecdotes pour servir à l'histoire de Voltaire*. Liège, 1780, in-16.

A l'âge de 19 ans (1), il s'était épris de la fille d'un écrivain famélique, qui voyait là une proie facile à exploiter. Il vit le danger et sut s'en garer. Jusqu'à près de 40 ans, ses amours ne paraissaient avoir été, suivant une heureuse expression (2), que des débauches d'esprit.

La seule affection, sérieuse et durable, qu'on lui ait connue, M^me du Châtelet en fut l'objet. Une similitude de goûts, une communauté de travaux, avaient fait naître, du moins chez Voltaire, un sentiment qui ne relevait pas exclusivement du platonisme, mais où les sens avaient une part bien faible. Il s'y mêlait cependant de la jalousie, témoin la scène qu'il fit à la dame, surprise dans sa conversation plus qu'intime avec Saint-Lambert, scène vaudevillesque, dont une indiscrétion de femme de chambre nous a conservé les piquants détails.

La marquise essayait de persuader à Voltaire qu'il avait mal vu : «... J'ai épuisé ma santé, ma fortune, j'ai tout sacrifié pour vous, et vous me trompez ! », gémit l'infortuné. « Non, je vous aime toujours, de lui répliquer la fine mouche; mais, depuis longtemps, vous vous plaignez que vous êtes malade, que les forces vous abandonnent, que vous n'en pouvez plus. J'en suis très affligée; je suis bien loin de vouloir votre mort, votre santé m'est très chère; personne au monde n'y prend plus de part que moi. De votre côté, vous avez montré toujours beaucoup d'intérêt pour la mienne; vous avez connu et approuvé le régime qui lui convient, vous l'avez même favorisé et partagé aussi longtemps qu'il a été en vous de le faire. Puisque vous convenez que vous

(1) En 1713, il avait été confié par son père, en qualité de page, au marquis de Châteauneuf, ambassadeur à la Haye. C'est là qu'il fit la connaissance de M^lle Du Noyer, qui fut sa première passion.

(2) Cf. *Revue complémentaire des sciences appliquées*, de Raspail, chap. IV (*Galerie médicale*), p. 349.

ne pourriez continuer à en prendre soin qu'à votre grand dommage, devez-vous être fâché que ce soit un de vos amis qui vous supplée?

— Ah! Madame, répondit Voltaire, vous aurez toujours raison; mais, puisqu'il faut que les choses soient ainsi, du moins qu'elles ne se passent point devant mes yeux (1). »

On ne pouvait être plus accommodant, plus philosophe; et le plus imprévu de l'aventure, c'est qu'une fois ce compromis signé, le ménage à trois vécut en parfaite intelligence, contrairement à la règle commune; la mort seule de Mme du Châtelet devait mettre un terme à un bonheur aussi méthodiquement organisé.

De cette perte, Voltaire ne se consola jamais. Toutes les aventures qu'on lui a prêtées depuis sont purs commérages. S'il s'est mis parfois en frais de galanterie avec quelque jolie femme (2), s'il prenait plaisir à avoir auprès de lui une jeune fille bien potelée, dont il caressait les bras charnus (3), il s'en tenait à ces velléités et n'allait pas au delà. Toutes les autres imputations sont méchantes et sottes calomnies.

En 1772, Voltaire avait alors 78 ans, le maréchal de Richelieu, grand paillard devant l'Eternel, insinuait que Voltaire avait gardé plusieurs heures Mlle Raucourt dans sa chambre et qu'il en était résulté un évanouissement inquiétant.

---

(1) *Mémoires sur Voltaire* (Paris, 1826), t. II, p. 203.

(2) Extrait d'une lettre de Ferney, du 4 octobre (1777) : «.... Comme nous avions la jolie Mme de Blot, il a voulu être galant, et il était plus coquet qu'elle, des mines et de la langue... »

(3) Extrait d'une lettre de Ferney du 18 juin (1777).

Tout d'abord Voltaire raille (1) et ne prend pas l'allégation au sérieux, mais le bruit prenant consistance, il s'émeut et croit devoir s'expliquer.

Sans doute, il a reçu à Ferney une belle demoiselle; mais on suppose, bien à tort, qu'elle a eu des bontés pour lui, tout à fait incapable d'y répondre. « De méchantes langues ont fait courir cette histoire scandaleuse dans Paris... » C'est un tour cruel qu'on a joué à la pauvre fille, plus encore qu'à lui, qui se meurt, à la lettre, de sa strangurie. Et pourtant, il peut se rendre cette justice de *n'avoir pas mérité sa maladie ;* et s'il meurt, ce sera le plus innocemment du monde.

La lettre qu'il écrivait à l'actrice, après leur entrevue, était pour achever de convaincre les plus incrédules. «... Si j'étais à vingt ans, si j'avais un corps, une fortune, et surtout un cœur digne de vous, vous en auriez l'hommage; mais j'ai tout perdu. Il me reste à peine des yeux pour vous voir, une âme pour vous admirer et une main pour vous l'écrire. »

---

(1) Il envoyait au duc les vers suivants, où son esprit ne fut jamais plus verveux :

Quoi! toujours la cruelle envie  
Poursuit ma réputation!  
On dit qu'une nymphe jolie,  
Dans ma dernière maladie,  
M'a donné l'extrême-onction,  
Et que j'emporte en l'autre vie  
Ce peu de consolation.  
Voyez l'horrible calomnie!  
Seigneur, il n'appartient qu'à vous,  
A votre jeunesse immortelle,  
De faire encore de si beaux coups  
Et d'être entre les deux genoux  
D'une coquine fraiche et belle.....

A quatre fois vingt ans, l'ermite de Ferney n'avait pas perdu le secret de trousser un madrigal (1).

*
* *

S'il était sobre sur le chapitre des femmes, il ne le fut pas moins dans le boire et dans le manger.

Dans une curieuse lettre au comte d'AUTRÉ (2), il a exposé ses idées sur la façon dont il comprenait le régime alimentaire. « Il y a, écrivait-il, des nourritures fort anciennes et fort bonnes dont tous les sages de l'antiquité se sont toujours bien trouvés. Vous les aimez et j'en mangerais volontiers avec vous ; mais j'avoue que mon estomac ne s'accommode pas de la nouvelle cuisine. Je ne peux souffrir un ris de veau qui nage dans une sauce salée, laquelle s'élève quinze lignes au-dessus de ce petit ris de veau. Je ne puis manger d'un hachis composé de dinde, de lièvre et de lapin, qu'on veut me faire prendre pour une seule viande. Je n'aime ni le pigeon à la crapaudine, ni le pain qui n'a pas de croûte. Je bois du vin modérément, et je trouve fort étranges les gens qui mangent sans boire, et qui ne savent même pas ce qu'ils mangent. Quant aux cuisiniers, je ne saurais supporter l'essence de jambon, ni l'excès de cham-

(1) Une anecdote, qui met en scène Voltaire et une certaine M^lle de S***, est aussi controuvée que celle dont nous avons fait justice. On avait écrit, de Ferney, que l'illustre vieillard, « s'étant trouvé l'imagination exaltée, avait tenté d'en venir à l'acte, mais que cet effort prodigieux lui avait causé un évanouissement considérable, ce qui avait alarmé toute sa maison... » Or, dans le moment de son étourdissement, son secrétaire était dans sa chambre avec ladite demoiselle et Voltaire lui dictait de son lit. Il se plaisait à raisonner avec sa visiteuse, « qui était très instruite et avait beaucoup d'esprit ». Mais il s'en était tenu là ; tout le reste était de l'invention de M^me Denis, à qui portaient ombrage toutes les jeunes personnes dont son oncle recherchait la conversation.

(2) Elle a été reproduite par le D^r J.-A. Adjuotr RATTEL, dans sa très attachante *Etude médico-littéraire sur Voltaire* (Thèse de Paris, 1883).

pignons et de poivre et de muscade, avec lesquels ils déguisent des mets très sains en eux-mêmes, et que je ne voudrais pas seulement qu'on lardât... Je veux que le pain soit cuit au four et jamais dans un privé. Vous auriez des figues ou fruits, mais dans la saison. Un souper sans apprêt, tel que je le propose, fait espérer un sommeil fort doux et qui ne sera troublé par aucun songe désagréable. »

Vous savez quels aliments Voltaire n'aimait pas; voyons ceux auxquels il donnait la préférence. Et d'abord les lentilles. Ce légume avait sa prédilection. Il n'était cadeau auquel il se montrât plus sensible (1).

Un bon potage lui était agréable, et, comme viande, un peu de mouton ne lui déplaisait pas ; avec cela, des œufs ; du petit lait, quand il se mettait au régime.

Il comptait plus sur le régime que sur les médicaments pour rétablir ou conserver sa santé. « Régime vaut mieux que médecine », se plaisait-il à dire.

Et il en était si persuadé qu'il écrivait, le 17 février 1752, à Mme de Fontaine que, grâce au régime qu'il observe, il prolongera sa vie de quelques mois; et le 26 septembre 1768, il mande au duc de Richelieu que ses maladies le condamnent à la retraite et à un régime sévère qu'il ne doit plus quitter.

Il ne se relâchait de cette sévérité qu'à l'heure du souper.

A Paris, il avait l'habitude de dîner, en compagnie de Mme du Châtelet, tous les soirs en ville; à Cirey, le repas unique était le souper, sinon très abondant, au moins composé de mets recherchés et délicats.

Au déjeuner, il prenait toujours du chocolat ou du café. Quand l'acteur Lekain fut, pour la première fois, admis à sa

(1) V. la lettre qu'il écrivait, à ce sujet, le 19 février 1734, à un certain M. Clément, de Dreux (*Œuvres de V.*, t. XIV, p. 393).

table, les deux convives consommèrent une douzaine de tasses de chocolat, mélangé avec du café, et rien autre chose ne leur fut servi.

Le café a été la grande passion de Voltaire; c'était sa seule nourriture jusqu'à l'heure de son souper, auquel il invitait tous les étrangers de distinction qui venaient lui rendre visite. Il fit, pendant longtemps, abus du café; cette liqueur lui était nécessaire comme excitant cérébral; mais, dans les quinze dernières années de sa vie, il n'en prenait que deux ou trois petites tasses par jour, tout au plus, et avec de la crème.

Il n'avait point d'heure fixe pour ses repas. Dans sa vieillesse, il ne mangea plus au milieu de la journée, comme il avait coutume de le faire auparavant. Il soupait, entre neuf et dix heures, mangeait peu et lentement, se couchait entre onze heures et minuit, et ne dormait guère que quatre à cinq heures. Il en passait cependant seize et dix-huit au lit; pendant la nuit, trois bougies restaient allumées à côté de son oreiller.

Son lit était couvert de livres; on voyait, auprès, une table élégante, sur laquelle se trouvaient toujours de l'eau fraîche, du café au lait, des marques de papier blanc et une écritoire (1).

Il dictait avec autant de présence d'esprit que s'il eût lui-même écrit; il avait, pour cette manière de travailler, une facilité incroyable; mais il n'y avait guère que ses lettres qu'il dictât; pour ses ouvrages, il avait l'habitude de les écrire lui-même, sauf à les faire ensuite recopier. Lorsqu'il travaillait, on était souvent obligé de l'avertir qu'il n'avait pris aucune nourriture.

(1) *Histoire de la vie de Voltaire*, par M. Paillet de Warcy (Paris, 1824), t. I, p. 409.

Il n'y avait qu'une chose qu'il tolérait difficilement, c'était le froid. Il était excessivement frileux et recherchait le coin du feu: on ne brûlait pas moins de six cordes de bois, tous les jours, à Cirey, au dire de Mme de Graffigny. Il lui fallait du feu été comme hiver, il avait toujours peur de mourir de froid.

Il était d'une propreté extrême, et il eut cette coquetterie même à un âge avancé. La perte des dents, les ravages de la petite vérole, le scorbut et d'autres maladies avaient sensiblement altéré ses traits; mais il eut toujours le soin de dissimuler toutes ces imperfections physiques sous une excessive propreté.

Une particularité dont on a peu fait mention, c'est qu'il n'avait point de barbe, du moins si peu qu'il ne se faisait jamais raser. On voyait, sur sa cheminée, trois ou quatre paires de petites pinces épilatoires, avec lesquelles il jouait et s'arrachait de temps en temps quelque poil, tout en causant avec l'un ou l'autre. Sa figure portait la marque de la correction militaire qu'il avait reçue au pont de Sèvres, en 1715.

Dans sa jeunesse, il avait une figure agréable, plus tard, son visage se décharna, ses membres s'amaigrirent, sous l'influence de nombreuses maladies qui l'assaillirent.

Toute sa vie, il fut sujet aux indispositions. Il lui arrivait souvent d'avoir des accès de colère contre ses gens. Il s'en excusait auprès d'eux. « Pardonnez-moi, leur disait-il, je souffrais comme un malheureux. » C'étaient, surtout, les douleurs d'entrailles, qui le mettaient de méchante humeur. Il prenait alors de la casse, ou de la rhubarbe, dont il usait deux ou trois fois par semaine, ainsi que des lavements au savon. Il était persuadé que tous les désordres de sa santé tenaient à un excès de travail. Il l'écrivait à Mme du Def-

faud (1); comme il mandait à M. d'Argental (2) qu'il avait la dysenterie : car ses correspondants étaient les confidents obligés de ses moindres malaises. C'était les honorer d'une amitié particulière que de leur détailler ses infirmités. « Je mène, écrit-il à CIDEVILLE, une vie philosophique, troublée quelquefois par des coliques »; et, un peu plus tard, il l'avise qu'il est « dangereusement malade d'une espèce d'inflammation d'entrailles » (3).

Cette inflammation, cette sorte d'entérite était liée à la dyspepsie, qui fut le tourment de sa vie; car Voltaire fut, avant tout, et c'est un point qui est désormais bien établi (4), un dyspeptique : il eut de la dyspepsie nervo-motrice, la dyspepsie des intellectuels, des neuro-arthritiques, dont il fut un des types les plus achevés.

(*A suivre.*)

---

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1908

Présidence de M. PATEIN.

### Communications (*Suite et fin*).

### *La Bactériothérapie lactique a-t-elle une base vraiment scientifique ?*

Par M. E. PALIER
(de New-York).

Nous avons déjà dit sur ce sujet (5) quelques mots en passant; mais nous voulons en traiter ici plus en détail, vu que ce traite-

(1) Lettre du 18 mars 1734.
(2) Lettre d'avril 1734.
(3) Lettres à Cideville, du 15 septembre et du 26 novembre 1733.
(4) Surtout par le Dr SEURE (*Dyspepsie et Dyspeptiques;* Paris, 1885).
(5) E. PALIER. Experimentelle unterenchungen zur Bestimmung der Toxicität des Mageminhalts, der Milcksaure undeiniger Speisen. *Archiv. für Verdaunngs-krankheinten*, Bd XIV, Hefte 3.

ment gagne toujours plus de faveur en France aussi bien qu'à l'Étranger.

Malgré notre haute estime pour les maîtres éminents qui ont les premiers préconisé cette thérapie, force nous est de dire qu'elle manque de base vraiment scientifique, comme nous le démontrerons par des preuves expérimentales aussi bien que par les faits établis de la physiologie et la pathologie du tube digestif.

Le traitement en question est préconisé sous trois modes :

1° Par l'acide lactique ;

2° Par les ferments lactiques ;

3° Par le lait aigri.

Nous examinerons ces trois propositions et nous verrons si elles ont un appui solide. D'abord nous exposerons brièvement quelques expériences que nous avons faites, qui s'appliquent à tous les trois modes de la therapie bactériolactique, et lesquels il faudra tenir en vue.

I. L'acide lactique est un poison très virulent quand il entre dans le sang, ainsi que nous l'ont montré nos expériences suivantes : Une injection intra-peritonéale à une souris, d'un demi-centimètre cube d'une solution aqueuse de 5 p. 100 d'acide lactique, amène immédiatement la mort ; 1 cc. d'une solution de 0,5 p. 100 tue l'animal en moins d'une heure, tandis que 1 cc. d'une solution de 0,3 p. 100 cause la mort en moins de vingt-quatre heures. Nous savons d'ailleurs que l'alcalinité du sang est indispensable pour la vie animale, mais ce que nos expériences nous ont montré, c'est les quantités infimes qui sont lethales.

Ces faits expérimentaux sont d'accord avec les faits cliniques que nous connaissons sur l'auto-intoxication acide dans quelques maladies, surtout le diabète.

L'acide chlorhydrique est aussi nocif quand il entre dans le sang, mais ordinairement il est neutralisé pendant la digestion, d'abord partiellement dans l'estomac en devenant du chlore combiné, et ensuite dans la partie supérieure de l'intestin, de sorte que le contenu intestinal, où l'absorption se fait le plus, n'est pas normalement franchement acide. Or les processus pathologiques

dans les entérites se font fréquemment dans les parties inférieures de l'intestin ; même dans les duodénites, après quelque temps, les parties inférieures de l'intestin deviennent affectées. Les duodénites, d'ailleurs, aussi bien que l'entérite en général, peuvent être accompagnées d'une hyperacidité de l'estomac, et dans beaucoup de cas celles-là ne s'améliorent que lorsque celle-ci est traitée en même temps. Or ce n'est pas en augmentant l'acidité qu'on traite l'hyperacidité de l'estomac.

Nous avons montré aussi que dans l'estomac normal il y a très peu d'acide lactique et que cet organe n'en secrète point, et le peu qui s'y trouve est dérivé des aliments dont quelques-uns contiennent cet acide, mais qu'il ne peut se développer dans un estomac normal, son développement étant empêché par la présence de l'acide chlorhydrique (1).

II. Nous avons dissout dans un tube à essai contenant 10 cc. d'eau, un comprimé des ferments lactiques, provenant d'un laboratoire de Paris, lequel prétend que ces comprimés sont préparés d'après la méthode de Metchnikoff, nous y avions ajouté à peu près 4 milligrammes de matières fécales d'un individu souffrant d'une entérite chronique, avec fermentations anormales de l'intestin, et nous l'avons tenu pendant cinq jours à la température du sang. Alors nous en fîmes une injection intrapéritonéale à deux souris, à la dose de 1 cc., avec le résultat que toutes les deux moururent au bout de seize heures. Or des cultures avaient été préalablement faites des matières fécales provenant du même malade, et nous en avons isolé un colibacille qui tuait la souris en seize heures à la dose à peu près de 1 milligramme.

Evidemment la virulence des matières fécales n'a subi aucune atténuation par le contact pendant cinq jours avec un comprimé entier de ferments lactiques. La dose de ces comprimés est indiquée, par la circulaire les accompagnant, comme étant de deux après le repas pour un adulte. On peut s'imaginer le faible effet

(1) E. Palier. An Experimental Study of Lactic Acid Formation, *American Medicine*, vol. IX, n° 1, p. 22, january 1, 1905.

des deux comprimés sur la grande masse des matières fécales de l'intestin de l'adulte.

III. Nous prîmes du lait fraîchement apporté de la crémerie, qui vend du bon lait sous l'inspection médicale, et sans stérilisation préalable nous en fîmes une injection intrapéritonéale de 1 cc. à une souris et de 1/2 à une autre souris. La dernière mourut au bout de trois jours, tandis que la première ne ressentit aucun mauvais effet.

Or nous avons mis 9 cc. de ce lait dans un tube à essai, en y ajoutant, dans 3 cc. d'eau bouillie, un comprimé de ferments lactiques, provenant d'une grande maison pharmaceutique dont le nom n'a pas besoin d'être mentionné pour des raisons qui se comprennent bien. Après cinq jours nous en fîmes une injection intrapéritonéale à deux souris à la dose d'un demi-centimètre cube préalablement neutralisé avec du bicarbonate de soude et bien dilué dans un peu d'eau. Les deux animaux moururent au bout de quinze heures. Le lait aigri en question contenait plusieurs espèces microbiennes, parmi elles de la levure et des cocci. Il en résulte donc que le ferment lactique n'empêcha pas le développement des microbes nocifs, et la virulence de ce lait aigri fut augmentée en comparaison avec le lait frais dont il provenait, puisque celui-là ne tuait pas la souris à la dose de 1 cc., tandis que celui-ci la tuait à la dose d'un demi-centimètre cube.

Un autre tube à essai contenant du lait frais et un peu d'eau avait été stérilisé, et un comprimé entier des ferments lactiques provenant du laboratoire de Paris, mentionné plus haut, y fut ajouté. Après cinq jours nous en injectâmes, après neutralisation préalable, avec du bicarbonate de soude, 1 cc. dilué dans un peu d'eau, à une souris dans le péritoine, sans qu'il y ait eu un mauvais effet. Nous ajoutâmes alors à ce tube même 4 milligrammes des matières fécales provenant du malade mentionné plus haut, et après trois jours nous en injectâmes un quart de centimètre cube dilué dans un peu d'eau à deux souris intrapéritonéalement. Les animaux moururent au bout de vingt heures. Dans une autre expérience nous avons ajouté au lait aigri et préparé comme

celui qui vient d'être décrit, 1 cc. de crachats que par des expériences préalables nous avions trouvés virulent pour la souris à cause des pneumocoques qu'il contenait. Or après trois jours, un tiers de centimètre cube de cette préparation, neutralisé et dilué, tuait la souris en 16 heures par injection intrapéritonéale,

De ces expériences il découle donc pleinement :

1° Que le ferment lactique par sa présence seule ne diminue pas la virulence des matières fécales; 2° que le lait aigri non stérilisé préalablement est plus virulent que le lait frais dont il provient, et que ce lait n'a aucune influence inhibitoire sur la virulence des matières fécales, ni du crachat; et 3° que le lait aigri non neutralisé est virulent à petites doses quand il entre dans le sang, à cause de sa teneur en acide lactique.

Nous examinerons maintenant brièvement les arguments apportés en faveur de la bactériothérapie lactique par ses défenseurs.

Un collaborateur de *La Presse Médicale*, M. Alfred Martinet (1), qui nous dit beaucoup de choses intéressantes dans ce journal-là, s'est constitué défenseur de ce traitement et a apporté des preuves dites scientifiques, empruntées d'ailleurs à d'autres investigateurs, et étant le résumé du sujet.

Nous verrons la valeur de ces preuves. M. Martinet nous dit d'abord : « Dans les infections aiguës ou chroniques de l'intestin... On voit le plus souvent prédominer dans la flore intestinale les microbes protéolytiques, destructeurs des albumines, tels que le *proteus vulgaris*, le *bacillus mesentericus*, le *bacillus subtilis*, le *bacillus fluorescens*, *liquefaciens*, etc. » Ensuite il nous dit : « Il y a antagonisme entre les ferments lactiques et les ferments protéolytiques. Les premiers sont aérobies plus ou moins stricts, etc.; les seconds sont anaérobies plus ou moins stricts, etc. » Il nous cite aussi M. Fournier qui dit : « Les microbes putréfiants (protéolytiques) ne peuvent se développer dans le milieu acide créé par les microacidogènes (lactiques). »

(1) A. Martinet. *La Presse Médicale*, 3 février 1908, n° 12.

Nous devons dire à notre grand regret que toutes ces assertions ne nous semblent pas exactes. Ces erreurs se sont malheureusement répandues, et nous les voyons fréquemment répétées dans la presse médicale américaine, avec beaucoup d'erreurs additionnelles, et nous espérons qu'il nous sera permis de les réfuter ici, pour la vérité et la science.

Premièrement, c'est une erreur de dire que le *bacillus subtilis* est un anaérobie plus ou moins strict. Macé (1) dit à propos de ce bacillus : « Ce *bacillus subtilis* est un aérobie vrai ; il ne croît pas en l'absence de l'oxygène. »

Ni *le bacillus mesentéricus*, ni le *proteus vulgaris*; ni le *bacillus liquefaciens* ne sont des anaérobies non plus ; ils poussent très bien en présence d'oxygène et ne sont que des anaérobies facultatifs. Mais l'idée même qu'un anaérobie ne peut pas croître à côté d'un aérobie est fausse; c'est tout à fait le contraire : le développement du premier est facilité par la présence du second et fréquemment sa virulence est exaltée par ce fait.

Ainsi le *bacillus du tétanos* peut avoir sa virulence augmentée par la présence du *micrococcus prodigiosus*, parce que celui-ci en utilisant l'oxygène augmente le développement et la virulence de celui-là. En France, où la théorie leucocytaire est en faveur, cela s'explique par cette théorie. Mais nous favorisons la théorie d'Erlich, parce que sans considérer les belles expériences de ce savant et de Wassermann, nous savons que la méningite cérébrospinale, par exemple, où les microbes sont englobés par les leucocytes, est plus fatale que la pneumonie, et c'est ainsi avec les conjonctivites à gonocoques. Donc les leucocytes sont si peu capables de lutter par leur pouvoir phagocytaire avec les microbes pathogènes comme l'est le ferment lactique avec les entérites.

On sait bien la difficulté qu'on a d'isoler des milieux naturels les anaérobies des aérobies.

Nous voulons à propos de ceci prendre l'occasion pour rapporter une méthode simple que nous avons employée fréquem-

(1) Macé. *Traité de bactériologie*, p. 917, Paris, 1897.

ment avec succès pour l'isolement des anaérobies des aérobies : Nous ensemençons par piqûre un tube à essai rempli à demi ou aux trois quarts de gélose glucosée. : L'aérobie pousse au dessus, et l'anaérobie au dessous. En cassant le fond du tube, on obtient fréquemment l'anaérobie pur.

Ces faits que nous venons d'exposer sont des banalités pour ceux qui savent les éléments de la bactériologie, et c'est vraiment étonnant que de pareilles erreurs se soient répandues.

Nous voudrions savoir aussi depuis quand le *bacillus subtilis*, le *bacillus mesentéricus* et le *bacillus fluorescens liquefaciens* sont devenus pathogènes, pour causer des entérites ou des infections aiguës ou chroniques de l'intestin? Vu la propagation très étendue de ces microbes dans la nature, sur le foin, les pommes de terre, etc., les herbivores en avalent des quantités énormes, sans paraître en souffrir beaucoup, et expérimentalement on les injecte à hautes doses aux animaux de laboratoire sans produire aucun accident.

Admettons même que ces bactéries soient les facteurs dans les infections intestinales, peut-on les détruire avec les doses d'acide lactique préconisées ? Nous y reviendrons plus loin.

Mais le fait est que les microbes habituels de nos intestins sont le *colibacille* ou ses congénères et les cocci, comme nous l'avons montré dans un autre travail (1).

Nous avons montré aussi comment le *colibacille* inoffensif peut devenir pathogène, et c'est le *colibacille* qui est responsable de la plupart des entérites banales. Or le colibacille est lui-même un acidogéne énergique, aussi bien que putréfiant, formant de l'indol en présence des peptones.

L'assertion de Fournier, que « les microbes putréfiants (protéolytiques) ne peuvent se développer dans un milieu acide créé par les microacidogènes », n'est pas entièrement exacte. D'abord beaucoup de microbes putréfiants sont en même temps aussi plus ou moins acidogènes, ainsi *le colibacille*, les staphylocoques et

(1) E. Palier. *The Intestinal Bacteria, Medical Record, January* 5, 1907.

même le *bacillus mesentericus*. Ensuite, l'acidité lactique généralement développée dans les milieux naturels n'est pas assez haute pour empêcher le développement d'autres microbes, pathogènes ou putréfiants. Nous savons bien que le lait aigri spontanément, en dépit de son acidité et de sa teneur en acide lactique, peut contenir beaucoup de microbes putréfiants aussi bien que pathogènes. Nous avons montré (1) aussi que quand la viande est exposée à la putréfaction dans un peu d'eau, il s'y forme toujours au début de l'acide lactique ou sarcolactique, qui n'empêche pourtant pas le développement ultérieur de la putréfaction.

Nos expériences mentionnées plus haut ont montré que l'acidité lactique obtenue par les ferments lactiques dans des tubes à essai n'était pas suffisante pour détruire même des cocci qui sont moins résistants aux antiseptiques que les microbes sporogènes tels que les *bacillus subtilis*, *bacillus mesentericus*, *vulgatus*, etc.

Le fait est que l'acide lactique est en général un antiseptique très faible, beaucoup plus faible que l'acide chlorhydrique, et qu'il faut avoir une acidité lactique très forte pour arrêter le développement microbien et à plus forte raison pour leur destruction. Or nous ne pouvons pas rendre impunément le contenu intestinal fortement acide. Il n'est jamais franchement acide au-dessous du duodénum. S'il l'était nous serions empoisonnés par l'intoxication acide.

Donc si l'on réussit par la bactériothérapie lactique à rendre le contenu intestinal fortement acide, elle est nocive ; si l'on ne réussit pas elle est inutile, et tout ce qu'on accomplit, c'est de donner trop d'acide au système pour neutraliser un procédé qui peut devenir dangereux.

Dans les affections gastro-intestinale accompagnées d'une acidité normale ou de l'hyperacidité de l'estomac, toute introduction de l'acide comme moyen thérapeutique est certainement contre-indiquée. Dans les cas où il y a hypochlorhydrie ou achlorhydrie quand il y a de la stase alimentaire, l'acide lactique

(1) Au Experimental Stude of Lactic acide Formation. *Loc. cit.*

se trouve déjà dans l'estomac en quantités anormales, donc il ne faut pas en introduire de plus.

Restent les cas où il y a hypoacidité avec évacuation accélérée ou normale de l'estomac. Dans ces cas le traitement avec un acide peut donner de bons résultats et c'est dans ces cas que la bactériothérapie lactique paraît avoir le plus d'application

Mais nous croyons que même dans de semblables cas l'acide chlorhydrique peut donner de meilleurs résultats que l'acide lactique.

Quant aux ferments lactiques, nous ne croyons pas qu'ils sortent vivants d'un estomac à l'hyperacidité ou à une acidité normale, et s'ils passaient même vivants nous venons de montrer par nos expériences *in vitro* qu'ils n'atténuent la virulence des matières fécales ni par leur simple présence, ni par l'acidité qu'ils forment, et aussi qu'une forte acidité intestinale est nocive.

Quant au lait aigri, peuvent en manger modérément ceux qui l'aiment, pourvu qu'il soit fait avec du lait frais et avec précautions. Malheureusement, comme il se prépare généralement, il peut contenir des germes nocifs sans en donner aucune évidence. Mais le lait aigri n'est certes pas un cure-tout, comme le prétendent d'aucuns, et en grandes quantités il est insupportable pour beaucoup d'individus. Il n'a pas plus d'efficacité thérapeutique que l'acide lactique.

Reste à expliquer les bons résultats par ce traitement rapportés par quelques auteurs. Nous n'avons pas vu mention faite par ces auteurs des analyses du suc gastrique de leurs cas.

Chez les enfants, où il paraît que ce traitement a donné le plus de satisfaction, les affections gastro-intestinales aiguës banales sont généralement accompagnées d'une évacuation rapide de l'estomac et d'une hypochlorhydrie. C'est d'ailleurs aussi généralement le cas chez les adultes dans ces affections. Un traitement avec un acide peut donner de bons résultats, mais nous préférons dans ces cas l'acide chlorhydrique à l'acide lactique, parce

que le pouvoir antiseptique aussi bien que digestif du premier est plus grand que celui du second.

Le traitement bactério-lactique est préconisé avec une diète hydro-carbonée. Dans beaucoup de cas le succès est probablement dû à la diète, parce que, en supprimant les albumines, surtout la viande, on enlève au *colibacille*, qui, comme nous venons de le dire, est responsable de la plupart des entérites banales, un milieu nutritif favorable au développement de sa virulence (1).

Quant à la longueur de la vie de quelques individus, parmi les peuplades mangeant du lait aigri, c'est une question si compliquée, qu'il est très hasardeux d'attribuer à telle ou telle cause une longue vie.

La nature nous fournit le lait dans un état frais et non acide, et c'est ainsi que s'en nourrissent tous les nourrissons de toutes espèces; l'estomac normal ne sécrète pas d'acide lactique, donc il n'est pas nécessaire, comme le prétendent quelques-uns, pour exciter la sécrétion intestinale; évidemment le lait aigri n'est pas un chose très naturelle. Lorsqu'on supporte mal le lait frais, il ne faut en prendre qu'en petites quantités.

De tout ce que nous venons de dire, il découle que le traitement bactério-lactique n'a qu'une application limitée, si elle n'est pas nulle.

DISCUSSION

M. Bardet. — Le travail de M. Palier est certes intéressant, mais je crois qu'il faut plus s'attacher aux faits cliniques qu'aux faits expérimentaux. Les procédés bactériologiques employés par l'auteur ne sont peut-être pas au-dessus de la critique. Mais ce qui m'intéresse le plus en l'affaire, c'est la clinique. Il paraît en effet contradictoire de voir conseiller l'acide lactique, le ferment lactique et surtout le lait caillé à des dyspeptiques. Nous

(1) E. Palier. *The Intestinal Bacteria*, *loc. cit.*, aussi, le Rôle joué par la souris dans la propagation des maladies à diplocoques et à colibacilles.

*La Presse Médicale*, n° 13, 11 septembre 1907.

savons tous que le phénomène le plus pénible de la dyspepsie, celui qui a les retentissements les plus fâcheux sur l'intestin, c'est la fermentation anormale lactique. Alors il paraît étrange de voir conseiller l'acide lactique et son ferment.

Cependant, en thérapeutique, ce qu'il faut voir, c'est le résultat; or plus d'un médecin s'est bien trouvé de cette médication, c'est un fait. Comment l'expliquer? Le ferment joue-t-il un rôle accessoire et doit-on attribuer le bénéfice obtenu au régime sévère, qui accompagne toujours le traitement?

Pour mon compte, je m'élèverai surtout contre l'emploi des laits caillés de diverses sortes qui sont administrés à trop de malades et qui, d'après mon observation, produisent des effets plutôt funestes. Je suis convaincu que de ce côté on a singulièrement abusé du malade.

M. Bize. — Les expériences de M. Palier ne sont pas très probantes. Les auteurs qui ont préconisé les ferments lactiques n'ont jamais eu la prétention de stériliser le contenu intestinal au point de rendre les matières fécales inoffensives pour le péritoine d'une souris.

En ce qui concerne les erreurs d'interprétation commises par les publicistes, elles ne doivent pas être imputées à la méthode elle-même, dont l'esprit a pu être plus ou moins dénaturé. Ce n'est donc pas un article du Dr Martinet que M. Palier devrait argumenter mais les articles mêmes de MM. Metchnikoff, Tissier, Martelly, Gasching. Ces auteurs n'ont jamais prétendu :

1° Que le *bacillus subtilis* fut un anaérobie plus ou moins strict;

2° Qu'un anaérobie ne peut pas croître à côté d'un aérobie.

Si M. Palier veut bien se reporter aux articles originaux, il verra que la théorie du traitement des entérites par les bouillons de culture est basée uniquement sur ce fait « *que, dans les milieux de culture contenant* 10 *p.* 1.000 *de sucre, une bactérie ferment mixte* (*ferment des albuminoïdes et ferment acide des hydrates de carbone*) *est susceptible d'arrêter l'action et le développement d'un ferment simple* (*ferment des albuminoïdes surtout*), *et*

*que, dans les mêmes conditions, un ferment mixte fort peut arrêter l'action et le développement d'un ferment mixte faible. Ces actions empêchantes sont uniquement dues à la quantité des acides produits au cours de l'attaque des hydratés de carbone* (1) ».

Au point de vue clinique, les bons effets de la méthode sont incontestables et nous en trouvons la preuve dans la grande extension prise par ce procédé de traitement.

Suivant donc les principes de la « thérapeutique pragmatique », ne rejetons pas les faits évidents. Il y a longtemps *que M. Hayem a préconisé* l'acide lactique dans les entérites infectieuses de l'enfant, et, depuis, les pédiatres continuent à s'en bien trouver.

Chez l'adulte, les entérites aiguës ou chroniques sont le plus souvent améliorées par la bactériothérapie et la diète hydrocarbonée. Celle-ci agit en rendant le milieu intestinal favorable à la culture des bacilles lactiques et défavorable aux ferments protéolytiques. C'est une condition que M. Palier a négligée dans ses expériences. En effet, les milieux de culture qu'il a utilisés (eau bouillie non sucrée, lait) ne sont nullement propices au développement de ferments lactiques aux dépens des autres bactéries. Le lait, en particulier, est un excellent milieu de culture pour les ferments protéolytiques et est prescrit dans la plupart des entérites infectieuses de l'adulte ou de l'enfant.

---

# CARNET DU PRATICIEN

## Traitement du coryza.

(Boulai.)

Dès les premiers picotements prémonitoires, le malade se fera un badigeonnage de la muqueuse nasale avec une solution d'atropine.

Une allumette, recouverte à une extrémité d'un peu de coton

(1) H. Tissier, *Tribune médicale*, février 1906.

hydrophile, serré fortement, est toute l'instrumentation nécessaire.

La solution employée sera formulée de la façon suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Sulfate neutre d'atropine.......... | | 0 gr. 01 |
| Eau de laurier-cerise.............. | ââ | 20 » |
| Eau distillée...................... | | |

Dissolvez.

En verser VII à VIII gouttes dans une cuiller à cafe, y tremper le pinceau de coton, puis badigeonner l'intérieur du nez.

Recommencer toutes les demi-heures d'abord, puis toutes les heures, s'il est nécessaire, *sans dépasser* 8 *ou* 10 *badigeonnages le premier jour.*

Agir de même le lendemain, s'il était nécessaire, également, mais cesser le traitement le troisième jour, si l'on échoue.

On ajoutera souvent à l'action de l'atropine celle de *l'alcoolature de racine d'aconit*, prise *intus* nécessairement.

La prescription est la suivante :

Alcoolature de racines d'aconit ............ 5 gr.

En prendre dans une tasse de *tisane de menthe* ou de *camomille* de XX à XXX gouttes (suivant l'usage que le malade a fait ou non de cette préparation si souvent employée et d'action si variable).

Boire l'infusion en se mettant au lit et activer la sueur avec une boule d'eau chaude, voire même un cataplasme ou sinapisme.

Là encore on n'obtient une action certaine et sérieuse que si le coryza est tout à fait au début. Passé le deuxième jour, le résultat est très diminué, voire même insignifiant.

Un bon moyen de soulager la pénible sensation occasionnée par l'obstruction des narines est le humage de quelques gouttes de la préparation :

| | | |
|---|---|---|
| Solut. aqueuse de chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1000.................. | | X gt. |
| Solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 100.................. | ââ | 20 gr. |
| Eau distillée de laurier-cerise........ | | |

*M. s. a.*

Il peut être pratiqué sans inconvénient trois ou quatre fois par jour chez l'adulte. Il est préférable que les enfants s'en abstiennent.

CH. A.

## Traitement de l'acné.

(JEANSELME.)

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Laxatifs, charbon, magnésie. *Pas d'antiseptiques intestinaux.* — Alimentation : viandes sans sauces ni condiments; légumes verts; fruits cuits ou bien mûrs. Boissons : eau pure ou thé léger. Aliments défendus : graisse de porc, d'oie, poissons de mer, viandes de conserves, gibier, fromages fermentés.

Aux sujets lymphatiques : hydrothérapie, bains salés, huile de foie de morue, arsenicaux.

Aux anémiques : ferrugineux.

Aux arthritiques : préparations alcalines.

TRAITEMENT LOCAL. — Appliquer, chaque soir, la pommade :

| | |
|---|---|
| Soufre précipité | 1 à 3 gr. |
| Axonge ou cold-cream | 80 » |

*F. s. a.* Une pommade.

Ou bien badigeonner le soir avec la lotion :

| | |
|---|---|
| Soufre précipité | 5 à 20 gr. |
| Glycérine neutre | 10 gr. |
| Alcoool camphré | 30 » |
| Eau | 50 » |

*M. s. a.*

Le lendemain, laver à l'eau chaude.

On peut aussi employer une *pommade à l'ichtyol* à 1/20 ou 1/10.

Si l'irritation que produisent les topiques soufrés est trop forte, on peut espacer leur application et alterner avec la pâte :

| | |
|---|---|
| Oxyde de zinc | ââ 10 gr. |
| Talc | |
| Vaseline | |

*F. s. a.* Pommade.

TRAITEMENT DE DIVERSES FORMES D'ACNÉ. — *Acné ponctuée :* extraire le comedon par la pression des ongles, laver au savon de soude, ou, avec précaution, au savon noir.

*Acné pustuleuse :* une cuillerée à café de levure de bière avant chaque repas; pulvérisation d'eau bouillie matin et soir pendant vingt minutes. Si ce traitement ne réussit pas, ouvrir les pustules avec un scarificateur flambé ou avec la pointe fine du galvano cautère.

*Acné hypertrophique :* cette forme est justiciable d'un traitement chirurgical; il faut décortiquer les tissus malades.

*Acné chéloïdienne :* son traitement est encore incertain. Les scarifications en quadrillage sont parfois salutaires, mais si l'améloration tarde, on doit les suspendre. Les chéloïdes se résorbant parfois spontanément, quand elles ne sont pas irritées, il faut se contenter de les protéger par un *emplâtre à l'oxyde de zinc*, à l'exclusion des emplâtres de Vigo ou de Vidal qui sont irritants.

CH. A.

---

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Thérapeutique chirurgicale

**Traitement par la lumière solaire des ulcères simples et malins.** (*Münch. Med. Woch.*). — M. le Dr WADUAR traita un certain nombre d'engelures ulcérées à marche torpide en les exposant au soleil pendant une heure ou deux chaque jour. Les malades guérirent au bout d'une semaine environ, beaucoup plus rapidement que ceux traités par les autres méthodes. C'était bien l'action des rayons solaires qu'il fallait invoquer, car la cicatrisation était plus lente, si les parties étaient soustraites à l'action directe des rayons. L'auteur obtient aussi d'excellents résultats dans d'autres ulcères chroniques, tels que ulcérations des ganglions cervicaux, des arthrites tuberculeuses, et gangrène étendue de la peau. Dans un cas il obtint en quatre mois la guérison

complète sans récidive d'un cancer ulcéré de la peau du dos de la main chez une femme âgée de 81 ans, s'accompagnant d'engorgement ganglionnaire au niveau du coude et de l'aisselle. La tumeur fut exposée au soleil pendant quatre heures et plus chaque jour.

L'auteur conseille d'exposer directement au soleil la partie à traiter, car le verre et les autres substances transparentes absorbent les rayons chimiques actifs. L'action de la lumière solaire directe est grandement renforcée par les rayons réfléchis. Le Dr WADUAR a construit plusieurs appareils dans lesquels, à l'aide de miroirs et de lentilles, on peut appliquer à la fois la lumière directe et la lumière réfléchie.

**Un pansement boriqué particulièrement efficace contre les écoulements d'oreille** (*The Lancet*). — Pour le traitement des écoulements d'oreille, l'acide borique est, le plus souvent, employé en poudre. On connait les avantages de ce *pansement sec* en cas d'écoulement léger et ses inconvénients dans les écoulements abondants (rétention de pus sous la couche de poudre concrétée). Or, BLAGDON RICHARDS, auriste de l'hôpital général de Swansea, a pu s'assurer qu'en instillant, dans une oreille atteinte d'écoulement aigu ou chronique, une solution glycérinée et faiblement alcoolisée d'acide borique, on obtient tous les bons effets du pansement boriqué sans ses inconvénients habituels. On évite également l'irritation que détermine une solution alcoolique pure d'acide borique, laquelle fut aussi préconisée contre les otites moyennes suppurées.

La solution adoptée par l'auteur est ainsi formulée :

| | |
|---|---|
| Acide borique......................... | 4 gr. |
| Alcool rectifié......................... | 8 » |
| Glycérine pure......................... | 18 » |

Deux ou trois fois par jour, surtout matin et soir, le malade se seringue d'abord l'oreille avec de l'eau tiède, laisse ensuite égoutter, tenant la tête inclinée vers le côté atteint, puis, penchant la tête en sens opposé, il verse abondamment la solution

médicamenteuse, préalablement tiédie, dans le conduit auditif, et l'y garde pendant au moins dix minutes. Après l'instillation faite au coucher, le malade doit tâcher de s'endormir sur le côté sain, de façon que la solution boriquée puisse demeurer dans son oreille le maximum de temps possible.

Cette médication serait incomparablement plus active que les autres traitements des écoulements d'oreille.

## Pharmacologie.

**L'élimination urinaire du mercure après les injections intramusculaires** (*Ann. des Maladies vénériennes*, 1908, n° 4). — MM. Nicolas et M. Lheureux de Lyon ont entrepris des études sur 8 malades de la Clinique de l'Antiquaille, qui reçurent ensemble 43 injections de biiodure de mercure en solution aqueuse à raison de 4 à 14 centigrammes par piqûre. Les urines de ces malades recueillies à différents moments de la journée donnèrent lieu à 300 analyses au point de vue de la recherche du mercure, et de ces recherches les auteurs concluent :

1° Après une injection de biiodure, le mercure s'élimine très rapidement, puisque le métal se retrouve dans l'urine dès la première heure. Cette élimination va en augmentant et dès la sixième heure elle atteint un fastigium auquel elle se maintient pendant douze à dix-huit heures en moyenne. Passé ce temps, la quantité de métal éliminé diminue pour devenir nulle au bout de deux à cinq jours. Une fois le zéro atteint, le mercure ne réapparaît pas dans l'urine.

2° Si l'on fait de nouvelles injections après élimination complète de la précédente, le cycle recommence, mais la durée d'élimination semble plus longue ;

3° Si l'on fait chevaucher les injections les unes sur les autres, le taux de l'élimination devient très considérable et la durée de cette élimination se prolonge également beaucoup.

4° L'injection de biiodure de mercure exerce une action diurétique certaine, mais variable suivant les individus.

**Sensibilité augmentée à l'égard des médicaments pendant les poussées de croissance** (*Vratchebnaya gazeta*). — On sait, dit M. TROÏTZKI, que la posologie des medicaments chez les enfants, établie suivant l'âge, est des plus approximatives. D'après l'auteur, elle le serait alors même qu'on voudrait se guider sur le poids du corps dans chaque cas particulier. En effet, des expériences qu'il a instituées sur de jeunes cobayes, rats et chiens, au moyen de médicaments dont l'action est facile à contrôler (strychnine, atropine, pilocarpine) et qu'il a eu aussi l'occasion de vérifier dans sa pratique pédiatrique, ont montré que les jeunes animaux, tout comme les enfants, sont particulièrement sensibles aux médicaments lors des poussées de croissance, s'échelonnant aux diverses périodes de développement de l'organisme et survenant fréquemment pendant la convalescence de maladies infectieuses aiguës. Aussi l'auteur voudrait-il qu'on revisât, à ce point de vue, la posologie adoptée en thérapeutique infantile et qu'on fixât pour les périodes de croissance rapide — malgré l'augmentation du poids du corps, laquelle peut être, comme on sait, relativement très considérable — des doses sensiblement inférieures à celles qui sont classiquement calculées rien que par mois ou par année d'âge.

**Accidents causés par des purgatifs et des lavements.** — M. GALLOIS (*Bull. médical*), en dehors des accidents graves, même mortels, relatés dans le littérature, attire l'attention sur des troubles moins graves que les purgatifs sont susceptibles de provoquer.

L'abus des purgatifs provient surtout de la terreur qu'inspire au public la constipation, alors que de nombreux exemples prouvent que cet état parétique n'a pas de si grands inconvénients qu'on veut bien le dire : les chirurgiens, d'ailleurs, constipent souvent volontairement leurs malades en vue d'une opération abdominale.

Le sujet qui vide un intestin par un purgatif ne songe pas au fait que, pour remplir à nouveau son intestin, il faut deux ou

trois jours, et reprend un laxatif dès le second jour : en continuant ainsi, il finit par rendre son intestin paresseux.

Pour éviter l'emploi des purgatifs, il faut avant tout supprimer autant que possible les aliments d'origine animale, viande, œufs, lait, et avoir présent à l'esprit que la constipation est, pour ainsi dire, un état normal, puisque sur dix personnes, huit environ en sont atteintes. Il faut surtout se garder de vouloir traiter trop énergiquement, par les purgatifs et les grands lavages, les entérites que cette thérapeutique ne fait qu'aggraver.

## Physiothérapie.

**Emploi des bains de soleil dans le traitement de la péritonite tuberculeuse** (*Zeitschr f. diät. Therapie*). — L'idée que la lumière solaire pouvait être l'agent curatif des péritonites tuberculeuses, engagea le Dr OPPENHEIMER à traiter les malades atteints de cette affection par des bains de soleil, en exposant la peau du ventre à l'action des rayons solaires.

Les deux malades qui furent soumis à ce traitement étaient les enfants de pauvres gens, qui ne pouvaient se permettre le luxe d'une cure dans un sanatorium, mais qui appliquaient à leurs enfants une thérapeutique des plus primitives, en les exposant aux rayons du soleil dans un pré ou sur le toit de leur habitation. Les deux cas en retirèrent une amélioration favorable.

L'effet curatif de ce traitement, d'après l'auteur, paraît être dû à l'hyperémie du péritoine provoquée par l'action intense des rayons solaires, et les indications des bains de soleil seraient ainsi à peu près les mêmes que celles du traitement de Bier, qui est actuellement très en faveur.

**Les agents physiques dans le traitement de l'hémiplégie organique**. — Voici les règles d'application des agents physiques dans l'hémiplégie telles que nous les donnent MM. ALLARD et CAUVY (*Revue internat. de Méd. et de Chir.*, février, 1908) :
— L'emploi opportun et judicieux des *agents physiques* amène

toujours une bonne amélioration, souvent même une guérison fonctionnelle surtout quand on soigne les hémiplégiques dès le début.

Dès la première semaine, le *massage* seul, suivi d'une mobilisation douce et progressive de toutes les articulations doit être institué. Un peu plus tard, après le réveil des facultés intellectuelles, on a recours à la *Rééducation* dont le but est de perfectionner et réglementer les synergies, de réveiller les images motrices négligées, de solliciter des efforts de volonté répétés et provoquer ainsi une activité nouvelle des cellules atteintes dans leur nutrition ou frappées seulement d'inhibition.

Quatre semaines environ après l'accident initial on pourra commencer le *traitement électrique* qui doit porter uniquement sur les membres atteints et non sur la tête.

Il consistera en bains hydroélectriques avec courant galvanique stable de 15 à 20 milliampères d'intensité pendant 20 minutes, tous les deux jours. Cette application, qui ne présente aucun danger, activera la circulation et diminuera ainsi la sensation de froid et les œdèmes.

Plus tard, un an au moins après l'ictus, en présence d'une paralysie flasque, il sera utile de provoquer, par le courant galvanique et même faradique à interruptions lentes, des contractions musculaires et de faire de l'électromécanothérapie.

Enfin un peu plus tard se pose l'indication d'une cure thermale. Les différents bains de piscine de La Malou sont particulièrement indiqués à cause de l'action tonique des uns sur le système nerveux et de l'action sédative des autres sur les douleurs, les arthrites et les contractures.

---

*Le Gérant :* O. DOIN.

Paris. — Imprimerie Levé, rue Cassette, 17.

# CHRONIQUE

**Les modifications du nouveau Codex, considérées au point de vue du formulaire magistral.**

Dans ma précédente chronique, j'ai formulé quelques critiques, favorables ou défavorables, sur le plan nouveau et les considérations générales qui avaient guidé les rédacteurs de notre nouvelle Pharmacopée. Aujourd'hui, il est utile de fournir quelques observations qui ont de l'importance pour le médecin, relativement aux points de détail qui peuvent amener des modifications dans la manière de prescrire. Il ne faut pas se dissimuler, en effet, que le nouveau Codex comporte des changements très sérieux dans le dosage d'un grand nombre de préparations, et surtout dans celles qui ont le plus d'activité.

On se demandera peut-être pourquoi la commission du Codex a transformé si radicalement des préparations dont le maniement est déjà délicat? C'est que, depuis les récents congrès de Pharmacologie, il existe chez toutes les nations une tendance générale à unifier les formules, pour arriver un jour à ce qu'une ordonnance puisse être exécutée de même, et sans difficultés, dans le monde entier. Naturellement, pour arriver à ce résultat, il faut que chacun y mette du sien, et consente à abandonner quelque chose de ses habitudes. Il faut reconnaître que ce point de vue est excellent et qu'à une époque où les voyages amènent des communications fréquentes, et de plus en plus faciles, il est parfaitement logique de tendre vers l'unification des mesures et des formules dans tous les pays. Certes, pareil progrès ne s'accomplira pas en un jour, et chaque modification amènera de grandes gênes soit pour les pharmaciens, soit pour les médecins, mais il faut être raisonnable, et considérer ces réformes comme de très désirables progrès.

***

La transformation la plus importante est celle qui a modifié la

préparation de toutes les teintures. On se rappelle que jusqu'ici les teintures de plantes, sauf quelques rares exceptions, étaient faites *au cinquième*, c'est-à-dire, que pour 5 d'alcool à 60 degrés, on prenait 1 partie de plantes. A l'avenir, toutes les teintures seront *au dixième* et préparées avec de l'alcool à 70 degrés. Cette transformation dans la formule a pour effet de diminuer de moitié le titre des teintures en principes actifs. Par conséquent, dans nos ordonnances, nous devrons nous rappeler que la dose doit être exactement doublée. Là où nous prescrivions vingt gouttes, nous devrons mettre quarante.

Ce changement n'a pas, en réalité, une grosse importance puisque c'est une question de dosage uniforme. Nous serons plus gênés pour quelques teintures spéciales ou composées, qui étaient déjà en écart avec la posologie officielle des alcoolés.

Ainsi, la *teinture d'opium* contenait hier encore *un treizième* de son poids en extrait d'opium ; à l'heure actuelle, la teinture d'opium renferme seulement *un vingtième* de son poids en extrait. Elle est donc moins active, et on l'a ainsi rendue exactement deux fois moins riche que les teintures normales, parce que de cette manière, elle se trouve représenter exactement *le dixième* de son poids en opium, ce qui est certainement très logique. Par conséquent, nous pouvons considérer que, dans nos formules, on pourra augmenter le dosage ancien d'environ un tiers. Comme procédé mnémotechnique, il serait plus simple de se reporter au dosage de l'opium considéré comme matière première.

Le Codex a conservé les anciennes *gouttes amères de Baumé*, sous le nom de teinture de fève de Saint-Ignace, mais le titrage a été abaissé de *deux fois et demie*. Par conséquent, dans nos formules, on devra donner XII gouttes, au lieu de quatre à cinq, par dose et *cent* gouttes dans les vingt-quatre heures au lieu de *quarante gouttes* (dose ancienne). Il faut convenir qu'ici, le changement peut avoir des inconvénients assez sérieux.

L'ancienne teinture d'iode était titrée *au treizième*, aujourd'hui elle est *au dixième*, ce qui est beaucoup plus normal. Du reste,

comme ce médicament a surtout des usages externes, la modification sera peu appréciable.

*
* *

Un gros changement est celui qui concerne le laudanum de Sydenham, vieille préparation à laquelle nous étions très habitués, et que nous aurons du mal à formuler autrement qu'autrefois. Le Codex a complètement modifié la formule, remplaçant par exemple le vin de Grenache et les espèces aromatiques, par l'alcool étendu et des essences, réformes qui intéressent seulement les pharmaciens, mais il a modifié le titre, ce qui est plus intéressant pour nous. La quantité d'opium a été diminuée d'*un cinquième.* Nous savons que quinze grammes de laudanum de Sydenham renfermaient exactement un gramme d'extrait d'opium; or, désormais, le pharmacien délivrera une préparation dont quinze grammes ne renfermeront que soixante-quinze centigrammes d'extrait d'opium. Cette transformation a été faite pour qu'*un gramme* de laudanum renferme exactement *cinq centigrammes* d'extrait, titre logique, et bien en rapport avec la posologie de cette drogue.

Mais si ce changement n'est pas trop gênant quand on prescrira en poids, il va nous gêner beaucoup au contraire pour la prescription en gouttes, à laquelle nous sommes si accoutumés. En transformant la formule, le Codex a modifié considérablement le poids de la goutte, ainsi il fallait *trente-trois gouttes* du vieux laudanum pour faire un gramme, tandis qu'il faudra *quarante-trois gouttes* du nouveau pour faire le gramme.

On se tirera d'affaire en se rappelant que quarante-trois gouttes renferment cinq centigrammes d'extrait d'opium et que, en gros, huit gouttes renferment un centigramme, ce qui facilitera le dosage. Mais il faut reconnaître que, pour commencer, il y aura là une petite difficulté causée par l'incertitude.

Le nouveau Codex a supprimé le laudanum de Rousseau, il a bien fait, car cette préparation surannée n'était plus employée, et sa disparition ne causera de préjudice à personne.

*
* *

La *liqueur de Fowler*, sous le nom de soluté d'arsenite de potasse a été conservée, le titre est exactement le même en poids, mais la densité du liquide a varié par suite de modifications dans la composition, de sorte que le nombre de gouttes au gramme n'est plus le même. Là encore, nous pouvons avoir des mécomptes et nous serons obligés de faire attention pendant quelque temps.

Avec l'ancienne formule, il fallait *vingt-trois gouttes* de liqueur de Fowler pour faire un gramme, aujourd'hui il en faudra trente-quatre. Les doses anciennes étaient de quinze à trente gouttes par vingt-quatre heures, elles seront aujourd'hui de vingt-cinq à cinquante gouttes. Autrement dit, il faudra, pour obtenir les mêmes effets, augmenter le nombre de gouttes de la moitié.

*
* *

Le nouveau Codex a inscrit l'huile grise devenue désormais préparation officinale. La formule est établie de façon à ce que chaque centimètre cube de liquide contienne *quarante centigrammes* de mercure. Il a également accepté la formule huileuse au biiodure, indiquée par Panas. Chaque centimètre cube de *l'huile au biiodure de mercure*, contient *quatre milligrammes* de sel mercuriel.

*
* *

L'extrait aqueux d'ergot de seigle a été remplacé par l'extrait fluide, dont la dose est d'un gramme à six grammes. On sait que les extraits fluides sont préparés de manière à ce que leur titre corresponde à poids égal de la plante. Leur dosage est donc très facile.

Si l'alcoolature de racines d'aconit a été supprimée, sans qu'on sache bien pourquoi, l'extrait alcoolique de cette partie de la plante a été conservée, son dosage est de trois à dix centigrammes par jour. Etant donné que l'alcoolature de feuilles, qui

a été conservée est infidèle, et que la teinture de racines, faite avec la plante sèche est également, je crois que, dans nos prescriptions, nous ferions bien de préférer l'extrait de racines, mais, j'avoue que je regrette l'alcoolature de racines qui était la seule préparation convenable de l'aconit. Je préférerais encore, dans ces circonstances, la prescription de l'alcaloïde.

Les extraits suivants ont été supprimés : extrait aqueux de feuilles de belladone, extrait aqueux de feuilles de ciguë, extrait aqueux de feuilles de digitale. Ces suppressions ne gênent personne, et le Codex a bien fait de conserver seulement les extraits alcooliques.

*
* *

A signaler également les modifications apportées à la préparation de l'elixir parégorique, dont le titrage est diminué de moitié, ce qui, comme pour les teintures, amène à doubler le dosage.

C'est le contraire pour l'eau de laurier-cerise dont le titre est doublé, ce qui fait que nous devons diminuer la dose de moitié dans nos prescriptions. Avec l'ancien Codex, la dose maxima était établie entre quatre et vingt grammes par jour, elle doit être comptée maintenant de deux à dix grammes.

*
* *

Comme on le voit, les changements dans le formulaire présentent une importance assez sérieuse pour mériter l'attention du médecin, et encore n'ai-je indiqué que les modifications qui se rapportent à des médicaments de grande activité. Il est des changements beaucoup plus nombreux que je n'aurais pas le temps de signaler. J'engage mes lecteurs, désireux d'avoir un document très précis entre les mains, à se procurer le volume que mon excellent et savant ami Yvon va faire paraître incessamment à la librairie Doin, sur les changements au Codex qui intéressent le médecin. On ne saurait certainement trouver mieux pour avoir des informations à la fois précises et très sûres, puisque M. Yvon fut l'un des plus actifs parmi les rédacteurs du nouveau Codex.

G. BARDET.

# LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## DIX-SEPTIÈME LEÇON

### Traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Par M. le Professeur ALBERT ROBIN,
de l'Académie de médecine.

I

Le rhumatisme articulaire aigu est l'une des maladies que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique. Quatre cas qui viennent de passer dans nos salles nous fournissent l'occasion d'exposer son traitement. Chacun de ces cas présentait son individualité. Il en résultait l'indication d'adjoindre, au traitement type de cette affection, les médications spéciales que nécessitaient les particularités de forme et de complications de chacun de ces quatre cas.

Notre *premier cas* est celui d'une couturière âgée de 18 ans. Sa première attaque de rhumatisme remonte à l'âge de 8 ans. La plupart des articulations furent atteintes, et la maladie, qui dura plusieurs semaines, se compliqua probablement d'une cardiopathie, car on lui appliqua un vésicatoire sur la région précordiale. Depuis lors, elle n'a cessé d'être essoufflée à la moindre course, et de ressentir des battements de cœur assez pénibles, lors de tout effort ou de toute émotion.

Il y a un mois, survint une deuxième attaque, pendant la convalescence d'un état grippal. Cette fois, toutes les articulations furent également intéressées, mais d'une façon légère et fugace. Seules, les petites articulations des mains et du pied droit demeurèrent gonflées et douloureuses pendant près de trois semaines. Notre malade se remettait et commençait à vaquer à ses occupations, quand le 13 novem-

bre dernier, éclata une troisième attaque d'une extrême violence, envahissant successivement toutes les grandes articulations et intéressant même celles de la colonne cervicale.

Nous l'examinons le 17 novembre, et ce qui nous frappe tout d'abord, c'est l'extrême pâleur de son visage et l'accélération de son pouls, qui bat 122 par minute, avec une température de 38°8. A l'auscultation du cœur, souffle systolique à la pointe. Le caractère dur, râpeux, en jet de vapeur de ce souffle, l'augmentation du volume du cœur, le fait des palpitations et la dyspnée d'effort éprouvées depuis la première attaque de rhumatisme, nous font diagnostiquer une insuffisance mitrale, reliquat de cette première attaque. On constate, en outre, un double souffle musical dans la jugulaire externe.

Quelques jours plus tard, nous assistions à une modification de ces bruits, et l'auscultation nous faisait reconnaître un certain assourdissement du souffle systolique, puis une sorte d'accrochement présystolique, en même temps qu'apparaissaient un prolongement et un dédoublement du second bruit. A l'insuffisance mitrale certaine s'ajoutait donc un léger degré de rétrécissement mitral. Il s'agissait bien, à ce moment, d'une nouvelle poussée de l'infection rhumatismale portant sur l'endocarde valvulaire antérieurement touché.

Malgré cette complication, les urines sont restées normales, exemptes d'albumine. Mais la malade souffre d'une constipation opiniâtre: le cæcum et le côlon sont encombrés de matières fécales. Le ventre est même douloureux à la palpation dans la région du flanc droit, au point que l'on a pu songer, pendant un instant, à l'existence d'un foyer appendiculaire.

En résumé, le diagnostic porté fut : *rhumatisme articulaire aigu généralisé et récidivant*, avec *anémie consécutive* et *réveil d'une endocardite antérieure*, à l'occasion de la nouvelle atteinte rhumatismale.

Je passe à notre *deuxième malade*, un employé de commerce, âgé de 25 ans. Il a eu, en novembre 1904, une première attaque de rhumatisme, qui a duré trois mois, sans complication cardiaque, d'après le médecin traitant, et sans que le malade ait éprouvé aucun trouble subjectif du côté du cœur.

Une seconde attaque éclata le 2 novembre dernier et débuta bruyamment au cou-de-pied droit, avec une température de 38°8 et un pouls à 108. Très rapidement, les deux genoux se prirent et bientôt le rhumatisme était généralisé à toutes les jointures.

Le malade était étendu dans son lit, la face pâle, complètement impotent et redoutant de faire le moindre mouvement. La légère dissociation du pouls et de la température attira mon attention du côté du cœur. Bien que le malade n'accusât aucun signe subjectif, ni dyspnée, ni essoufflement, l'auscultation révéla un rythme embryocardique et un léger souffle systolique à la pointe, en somme, des signes de myocardite légère et d'origine certainement rhumatismale.

Les urines étaient rares, très foncées, très chargées en urobiline et en indoxyle, avec un excès notable d'acide urique. Enfin, fait important, elles renfermaient une certaine quantité d'albumine.

Le diagnostic était donc : *rhumatisme articulaire aigu avec poussée légère de myo-endocardite* sans signes subjectifs, soit un cas très analogue au précédent, sauf la présence d'albumine révélant une atteinte rénale, ou une plus grande virulence de l'infection.

Notre *troisième malade* est un garçon marchand de vins, âgé de 24 ans. Il en est à sa première atteinte rhumatismale et jusqu'ici il avait toujours joui d'une excellente santé.

La maladie débuta quinze jours avant son entrée à l'hôpital à l'occasion de fatigues exagérées subies dans de mauvaises conditions hygiéniques. Il travaillait jusqu'à 15 heures par jour, debout dans une cave très humide. Ce fut d'abord une sensation de malaise, un état subfébrile : puis apparurent des douleurs vagues, musculaires et articulaires. Un jour, subitement, survinrent de vives douleurs qui débutèrent par le genou droit, puis envahirent successivement toutes les articulations du même côté, du cou-de-pied au poignet. En même temps, dès le second jour, il se plaignait d'étouffements ; la respiration était difficile : il lui fallait s'asseoir en permanence sur son lit et la dyspnée s'accroissait au moindre mouvement. Après douze jours de lit, il eut une crise violente d'angoisse précordiale, et son médecin lui appliqua un vésicatoire sur la région du cœur.

Comme son état ne s'améliorait pas, il se fit transporter à Beaujon et entra dans notre service le 10 novembre.

C'était un garçon d'apparence vigoureuse, présentant un type de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Presque toutes ses articulations étaient douloureuses et tuméfiées. La température n'atteignait que 38°6. Le pouls, irrégulier et inégal, était à 120, en grand désaccord avec la température. Le malade avait la respiration difficile. Les battements du cœur étaient sourds ; leur rythme embryocardique avec tendance à l'irrégularité ; mais il n'existait aucun bruit de souffle ni de frottements, à peine une ébauche de bruit de galop, perçue à une nouvelle auscultation. Le malade ressentait comme un poids assez douloureux au niveau de la région précordiale.

Les urines contenaient de l'albumine en notable proportion; elles étaient fortement colorées par l'urobiline, et après traitement par l'acide nitrique, laissaient déposer un fort culot d'urée avec un gros disque d'acide urique.

On porta le diagnostic de *rhumatisme articulaire aigu, avec myocardite et albuminurie*, sans trace d'endocardite ni de péricardite ; au total, cas assez analogue au précédent, mais avec des signes subjectifs soulignant une atteinte du myocarde encore plus profonde.

Notre *quatrième malade* était d'un type bien différent. C'est un maître d'hôtel, âgé de 48 ans, rhumatisant de vieille date. Il a eu sa première attaque à 21 ans: elle dura un mois. La suivante eut lieu à l'âge de 26 ans et entraîna un séjour de deux mois à la Pitié. Depuis, il ne fut jamais indemne complètement. A l'occasion de fatigues ou quand le temps devenait humide, apparaissaient des douleurs articulaires qui le forçaient à se reposer deux ou trois jours à la chambre, mais sans jamais arriver à interrompre son travail plus d'une semaine.

Le 20 septembre dernier eut lieu la troisième attaque. Toutes les articulations furent envahies successivement, mais d'une manière subaiguë. Les autres fois, l'état général était grave; cette fois il demeura satisfaisant. Au début, la température était de 38°5. Le salicylate de soude, qui avait procuré du soulagement lors des attaques précédentes, resta cette fois, impuissant. Les douleurs paraissaient tendre à la chronicité.

Le 6 novembre, il entrait dans notre service : à ce moment, le membre inférieur droit était seul intéressé. Le genou était le siège d'une hydarthrose abondante. Le gros orteil était rouge et légèrement tuméfié, surtout au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, et complètement immobi-

lisé. Toute tentative de mouvement en ces points arrachait des plaintes au malade. L'état général restait bon. Il y avait peu de fièvre, à peine 38° le soir. Le cœur était sain, les urines normales : les fonctions digestives s'accomplissaient régulièrement.

Ce tableau clinique éveillait à la fois l'hypothèse de la goutte et celle du rhumatisme. La localisation au gros orteil, le peu de réaction générale plaidaient en faveur de la goutte. Mais le fait des attaques rhumatismales antérieures, l'absence de tout accident goutteux dans le passé, l'envahissement des articulations phalangiennes des orteils, enfin le mode de début des accidents articulaires laissaient peu de doute sur la nature vraiment rhumatismale des arthropathies.

J'éliminai donc le diagnostic pour conclure au *rhumatisme articulaire subaigu à forme prolongée avec tendance à l'hydarthrose.*

## II

En somme, ces quatre malades sont atteints d'une même affection, mais chacun d'eux la réalise avec une intensité variable et avec des caractéristiques individuelles. Un traitement absolument uniforme et systématique ne saurait leur être appliqué indistinctement. De l'histoire clinique de ces malades découlent, en effet, des indications thérapeutiques particulières, en raison de la forme que la maladie présente chez chacun d'eux et des complications survenues.

Voyons d'abord notre premier cas, celui de cette jeune femme qui est atteinte d'une forme simple et typique de rhumatisme articulaire aigu. Nous pouvons la prendre comme exemple.

J'ai prescrit le *repos au lit*, le *régime lacté* et un litre 1/2

par jour de *tisane de chiendent* additionnée de 2 grammes d'*acétate de potasse*.

Pourquoi n'a-t-on pas ordonné en même temps le salicylate de soude, ce médicament spécifique du rhumatisme articulaire ? C'est en raison de l'état des voies digestives. Notre malade était très constipée : son cæcum et son côlon étaient encombrés de matières fécales. Il y avait donc nécessité de lui donner d'abord un purgatif.

Mais quel purgatif ?

Nous avons le choix entre l'huile de ricin et le sel de Seignette, suivant les indications.

Si la fièvre est modérée, les urines claires, non albumineuses, sans urobiline, vous donnerez de l'*huile de ricin*.

Si la fièvre est élevée, si les urines sont albumineuses, très chargées en urobiline, attestant une forte destruction des pigments biliaires, vous préférerez le *sel de Seignette*. Ce vieux médicament n'est autre qu'un tartrate double de soude et de potasse qui, non seulement agit comme purgatif, mais est encore absorbé partiellement par l'intestin. Une fois dans la circulation, son acide tartrique est brûlé, comme l'a démontré DUMAS, et se résout en acide carbonique et en eau ; il devient donc un carbonate double de soude et de potasse, sel très alcalin, utile chez les rhumatisants fébriles, dont l'alcalinité sanguine est toujours diminuée. Il y a intérêt, en effet, à restituer ici au sang son alcalinité normale, pour parer aux résultats d'un processus intensif d'oxydation. Les fortes températures s'accompagnent d'une grande destruction de matières albuminoïdes dont le soufre s'oxyde et forme de l'acide sulfurique qui réclame des bases pour sa saturation et les emprunte à l'organisme en le déminéralisant. C'est à quoi répondront les alcalins résultant de la combustion du sel de Seignette, qui satureront l'acide

formé et remplaceront les bases qu'il aurait soustraites à l'organisme.

Ici, les urines étant claires, l'huile de ricin suffisait. J'en prescrivis 30 grammes, suivis de plusieurs tasses de *bouillon aux herbes*, et, les jours suivants, la malade prit régulièrement des *lavements d'eau de guimauve*.

Dès le lendemain de la purgation, on ajouta au régime lacté et à la tisane de chiendent, 4 grammes de *salicylate de soude*. On prescrit celui-ci, soit en cachets de 1 gramme, — donc 4 cachets par jour, — soit dans une potion ainsi formulée :

| | |
|---|---|
| Salicylate de soude.................. | 12 gr. |
| Sirop d'écorces d'oranges amères..... | 50 » |
| Rhum................................. | 20 » |
| Eau distillée........................ | 80 » |

*F. s. a.* Potion.

Chaque cuillerée à soupe renferme 1 gramme de salicylate de soude.

Comment agit le salicylate dans le rhumatisme ? Des théories nombreuses ont été édifiées à son sujet. Les uns en font un analgésique, d'autres un antipyrétique : d'autres en font un destructeur ou un éliminateur de toxines, d'autres enfin, un spécifique de l'agent microbien hypothétique du rhumatisme articulaire aigu.

Laissons les théoriciens s'accorder entre eux, et tenons-nous en aux résultats. Ce qui est démontré, c'est que le salicylate s'élimine en partie à l'état de salicylurate de soude, en partie en nature. Or, l'acide salicylurique n'est autre que de l'acide salicylique combiné au glycocolle qui est lui-même le type des corps qui représentent l'un des premiers degrés d'hydratation et de dédoublement de certaines matières albuminoïdes, corps sur lesquels l'oxygène des tissus agira plus tard pour donner naissance à de l'urée. En somme, le

salicylate de soude fixe, solubilise et élimine certains des déchets azotés de l'organisme, et représente un éliminateur de produits plus ou moins toxiques. Partez de ce fait pour faire une théorie, si vous voulez ; quant à moi, je me contente de l'enregistrer.

L'emploi du salicylate de soude comporte un certain nombre d'*inconvénients* que vous devez connaître.

A doses trop fortes ou chez des sujets doués d'une idiosyncrasie spéciale pour ce médicament, on peut voir survenir toute une série de signes avant-coureurs d'une sorte d'intoxication : bourdonnements d'oreilles, vertiges, vomissements, épistaxis, — ces dernières peu fréquentes, — et exceptionnellement même des troubles visuels.

Vous n'observerez aucun trouble de ce genre si vous vous en tenez à la dose de 4 grammes que je vous ai indiquée.

Les ouvrages classiques mentionnent tous des contre-indications à l'emploi du salicylate de soude; la vulnérabilité des centres nerveux, bien difficile à mesurer par avance, les affections cardiaques de vieille date, l'imperméabilité rénale, l'albuminurie, la grossesse, etc.

Ces contre-indications, en général, ne sont pas très sérieuses. Si vous constatez que votre malade témoigne d'une atteinte des centres nerveux par des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, des étourdissements, vous diminuerez simplement la dose du médicament.

L'albuminurie du rhumatisme ne saurait vous arrêter; elle est le plus souvent fébrile et relève des modifications survenues dans la crase sanguine, avec état congestif possible du rein. Exception est faite pour le cas où cette albumine serait d'autre origine et préexisterait à la crise rhumatismale.

Pour apprécier la perméabilité rénale, et vous assurer

qu'il n'y a pas de rétention du salicylate de soude, il vous suffira de verser, dans l'urine du malade qui en aura absorbé, un peu de perchlorure de fer. S'il se produit une coloration violet noirâtre, c'est que l'élimination du salicylate se fait normalement.

Quant à la grossesse, je transcris simplement ici l'opinion des auteurs qui ont accusé le salicylate de produire l'avortement ; pour ma part, je n'en ai jamais observé. Toutefois, par déférence pour cette opinion très classique, je vous conseille de ne jamais dépasser la dose de 4 grammes chez les femmes enceintes.

D'ailleurs, vous pourrez donner, en toute circonstance, le salicylate de soude sans aucune crainte, à cette dose de 4 grammes par jour.

On a coutume de recommander en même temps un *traitement local* sur les articulations douloureuses : application de *liniments* variés, à base de chloroforme, de narcotiques ou de salicylate de méthyle. Le soulagement est médiocre; en revanche, le *salicylate de méthyle* dégage une odeur désagréable et entêtante. Vous ferez mieux d'y renoncer. L'*ulmarène* serait préférable, parce que moins odorante. Je me contente de recourir à un vieux et très simple moyen que j'ai vu employer autrefois à mon maître GUBLER et qui consiste à appliquer sur les articulations malades des compresses imbibées d'eau froide. Cela suffit à calmer les douleurs.

Chez notre malade, cette thérapeutique a eu des résultats excellents, et la crise rhumatismale a tourné court. Dès le troisième jour, la température tombait à 37° : le pouls redevenait normal ; les douleurs cardiaques diminuaient. Il ne persiste plus qu'un léger souffle systolique de la pointe avec dédoublement du second bruit. Mais n'oubliez pas que la malade présentait déjà de ce côté, avant la crise actuelle, un

reliquat d'une première atteinte rhumatismale, remontant à de longues années. Cela constitue, pour l'avenir, un point qu'il faudra surveiller.

## III

Chez notre deuxième malade, le diagnostic était *rhumatisme articulaire aigu, avec endo-myocardite légère et albuminurie.*

Nous avons commencé par lui prescrire le même régime qu'au malade précédent, et après avoir eu soin de faire évacuer son intestin, nous lui avons fait prendre 4 grammes de salicylate de soude par jour.

Cependant les urines renfermaient ici de l'albumine. N'y avait-il pas, de ce fait, une contre-indication à l'emploi de ce médicament, qui finit toujours par fatiguer plus ou moins le rein? Il n'en était rien. Cette albuminurie était purement fébrile et passagère et provenait surtout de la dyscrasie sanguine, l'albumine se composant ici surtout de globuline, avec une faible proportion de sérine. Comme elle avait son origine dans le fait de l'infection rhumatismale, elle a été, au contraire, favorablement influencée par l'emploi du salicylate de soude, et effectivement, au bout de deux jours, elle avait disparu.

Un dernier point. Doit-on cesser le salicylate de soude ou le continuer quand survient une localisation cardiaque? La question est controversée, puisque certains de nos maîtres, d'accord avec quelques classiques, n'hésitent pas à le proscrire dans ce cas, et que d'autres sont allés même jusqu'à accuser le salicylate de soude de favoriser leur apparition. Mon expérience personnelle m'a toujours montré qu'il n'en était rien, qu'il n'y avait qu'avantage à en continuer l'emploi et M. H. Huchard, dont vous connaissez la grande compé-

tence en cette matière, non seulement ne l'interrompt pas, mais va même jusqu'à en augmenter les doses.

Ce malade étant plus sévèrement atteint que la précédente, nous avons superposé à notre traitement une médication nouvelle, celle des ferments métalliques, qui, dans les cas analogues, m'ont toujours donné de bons résultats.

Ces *ferments métalliques* que j'ai introduits en thérapeutique sont des solutions électrolytiques non stabilisées et non isotonisées de métaux divers (argent, or, platine, palladium, etc.) que l'on injecte sous la peau à la dose de 10 cc. et parfois dans les veines, à la dose de 5 cc. dans le cas de haute infection (1).

Dans le rhumatisme articulaire aigu, ils produisent une sédation rapide des douleurs, atténuent les poussées nouvelles et diminuent de 25 p. 100 la durée de la maladie. Le traitement est d'autant plus efficace que son entrée en scène est plus précoce. Il exerce, s'il est pratiqué de bonne heure, une action très remarquable sur les complications cardiaques et respiratoires et même sur l'état du rein, comme le prouvent les cas où ils ont été prescrits malgré la présence de l'albumine et de l'urobiline.

Ici, nous nous sommes servis du *palladium*. Il y a peu de différence entre l'action des divers métaux. Tous les métaux lourds agissent à peu près de même. Nous l'avons employé conjointement avec le salicylate de soude. Car l'action simultanée des deux agents m'a toujours paru d'une bien plus grande efficacité. Sous l'influence de cette médication, qui me semble bien constituer le *traitement de choix* du rhumatisme articulaire aigu, les douleurs articulaires diminuèrent de suite. Dès le lendemain, l'albumine disparaissait,

(1) ALBERT ROBIN. *Les ferments métalliques et leur emploi en thérapeutique*, Paris, 1907.

l'urine renfermait une énorme proportion d'urée, d'acide urique et d'indican. L'affection rhumatismale se localisa à la main droite et au genou gauche. A ce moment, le cœur présentait un souffle systolique à la pointe et un rythme embryocardique très net.

Deux jours après, les douleurs avaient complètement disparu. Du rythme embryocardique, il ne restait plus trace. Le souffle de la pointe lui-même s'était atténué.

Le sixième jour qui suivit l'injection, il survint une poussée nouvelle au niveau du genou droit, mais celle-ci céda rapidement au salicylate de soude aidé d'une nouvelle injection de palladium.

Le neuvième jour, dernière réapparition de l'arthrite qui disparaît par les mêmes moyens.

Actuellement, notre malade est guéri. Il ne lui reste de sa crise rhumatismale qu'une asthénie très marquée, et une anémie assez prononcée, que nous traiterons, comme dans notre premier cas, par une médication que nous étudierons tout à l'heure.

## IV

Notre troisième malade présentait, comme complication de son rhumatisme articulaire aigu, une myocardite caractérisée par un pouls rapide, inégal, en discordance avec la température, des bruits du cœur sourds, avec ébauche de bruit de galop. Le malade accuse une sensation d'angoisse au niveau de la région précordiale; celle-ci est douloureuse à la pression. Il y a de l'essoufflement, de la dyspnée nocturne : enfin les urines sont fortement albumineuses.

Un mot, en passant, au sujet de la myocardite rhumatismale. Jusqu'à ces dernières années, on considérait l'endocardite, l'endopéricardite et la péricardite comme les seules

complications cardiaques du rhumatisme. Besnier et Hardy furent les seuls parmi leurs contemporains à admettre l'existence d'une myocardite de même nature, le premier dans son article du *Dictionnaire* de Dechambre, le second dans ses *Leçons cliniques de la Charité*. Les travaux de ces dernières années devaient leur donner raison. Depuis les observations de Weil et Barjon, de Merklen, de Barié, depuis les thèses de Chomel en 1901 et de Janot en 1902, l'existence de la myocardite rhumatismale n'a plus fait de doute pour les médecins. On a décrit surtout les formes graves, à grands fracas, éveillant l'idée d'une dilatation aiguë du cœur. Mais les formes atténuées et bénignes demeuraient ignorées jusqu'à la publication d'un travail de mon chef de clinique Michel, en 1904, dans les *Archives générales de médecine*, sur ce qu'il appelle la *petite myocardite rhumatismale*. Notre cas en est un exemple, caractérisé par la tachycardie, sans endocardite, ni péricardite, sans bruits de souffle et sans frottements.

Cette forme, bénigne en elle-même, peut cependant devenir grave si elle n'est pas traitée. Je prescrivis donc un traitement précoce et énergique : repos, régime lacté, tisane de chiendent, salicylate de soude associé aux ferments métalliques.

Dès la première injection, la température s'abaissa, le pouls tomba de 120 à 110. Les douleurs disparurent, l'albumine également ; l'urine renfermait un fort culot d'urée. Mais tous les autres signes cliniques persistèrent.

Une seconde injection fut pratiquée deux jours après la première. La température tomba à 37°5, les douleurs disparurent complètement. Mais le pouls restait à 116 et le rythme embryocardique persistait. Donc la crise rhumatis-

**male était terminée, mais la complication cardiaque lui survivait.**

**Je recourus alors à la *digitale*, dont j'ai toujours retiré grand avantage dans des cas semblables. Au premier abord, cette détermination pourra vous paraître audacieuse. Ne risque-t-on pas, avec cet agent énergique, de précipiter la déchéance de fibres cardiaques déjà surmenées, en les contraignant à fournir un effort supplémentaire? En réalité, cette objection n'est plus possible depuis que l'on a appris, avec MAUREL, que la digitale à dose minima, agit autant sur les fibres musculaires lisses des vaisseaux que sur la musculature cardiaque. En fait, on n'observe jamais d'accidents avec la digitale si l'on sait la manier dans de tels cas, et pour cela, il faut se limiter à de très petites doses, à la dose dite *toni-vasculaire* qui ne laisse pas suivre son action par une réaction dépressive.**

Je prescrivis donc :

Poudre de feuilles de digitale... .... .. 0 gr. 60

Faire infuser dans

Eau bouillante..................... . . 150 gr.

Filtrer très soigneusement, — précaution indispensable — et ajouter :

| | |
|---|---|
| Acétate de potasse.................... | 2 gr. |
| Ergotine Bonjean...................... | 2 à 4 gr. |
| Sirop des cinq racines................ | 30 gr. |

*F. s. a.* Potion.

Dans cette formule, l'*acétate de potasse* figure pour augmenter l'alcalinité du sang : de plus, il agit sur le rein et aide à la diurèse. L'*ergotine* corrobore l'action de la digitale sur les fibres lisses des vaisseaux et facilite le travail du cœur.

Deux jours après, apparaissait une véritable crise de

polyurie. Le pouls diminuait de fréquence, pour tomber à 80° et le rythme embryocardique disparaissait. La malade était guérie.

## V

Il me reste à vous exposer le traitement institué dans le quatrième cas. C'était, vous vous en souvenez, une forme subaiguë de rhumatisme, une forme lente, caractérisée par une grosse hydarthrose du genou et de violentes douleurs. Le salicylate de soude, prescrit, dès le début, par le médecin du malade, avait été continué pendant deux mois et n'agissait plus.

En présence de cet insuccès, j'essayai du *bromhydrate de quinine* à la dose de 0.60 par jour. Au bout de six jours aucune atténuation des douleurs ne s'était montrée.

Le cœur et les reins étaient sains, je voulus revenir au salicylate. L'interrogatoire du malade m'avait appris qu'il n'avait jamais dépassé la dose de 3 grammes par jour. Je n'hésitai pas à le prescrire à la dose de 6 grammes d'emblée, en six cachets par jour.

L'effet fut immédiat. Dès le lendemain, les douleurs étaient atténuées. Il est vrai qu'il y eut quelques symptômes fugaces d'intoxication : bourdonnements d'oreilles, sueurs, etc. Mais l'épanchement du genou persistait. Les compresses froides demeuraient inutiles. J'eus recours alors à un vieux moyen, et fis appliquer sur l'articulation des compresses trempées dans une solution de *chlorhydrate d'ammoniaque* (50 grammes pour 500 grammes d'eau). Ces compresses, bien exprimées, étaient placées sur le genou, recouvertes d'un carré de taffetas gommé, et fixées par des bandes de crêpe Velpeau : elles étaient renouvelées toutes

les vingt-quatre heures. L'épanchement diminua dès lors rapidement; il est aujourd'hui réduit de moitié.

Mais l'immobilisation prolongée a amené chez notre malade une atrophie du triceps, en particulier du droit antérieur; il ne peut lever sa jambe. Aussi, dès maintenant, le Dr Rosenblith a-t-il commencé à pratiquer des massages réguliers des muscles antérieurs de la cuisse, en particulier du triceps, qui compléteront sa guérison.

## VI

Le rôle du médecin n'est pas terminé après la cessation de la fièvre et des douleurs rhumatismales, — et ceci m'amène à vous parler du *traitement consécutif.*

Le rhumatisme articulaire aigu laisse souvent après lui, — et ce fut le cas chez nos trois premiers malades — un état d'*anémie* plus ou moins prononcé, fréquemment aussi des *lésions cardiaques persistantes*. Chez le deuxième, on ne trouve plus rien à l'auscultation. Chez tous les autres, il reste des lésions perceptibles, et le premier garda un bruit de souffle antérieur, du reste, à son rhumatisme actuel.

Chez tous, il importe d'instituer un traitement reconstituant du globule sanguin et une médication résolutive des exsudats articulaires et des résidus cardiaques. Les trois médicaments indiqués ici sont donc le fer, l'iode et les arsenicaux. Vous prescrirez d'abord l'arsenic et l'iodure de potassium, — plus tard, le fer.

J'ai coutume dans mon service, d'administrer, pendant dix jours, la potion suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Arséniate de soude.................... | 0 | gr. 05 |
| Iodure de potassium.................... | 5 | » |
| Eau distillée.......................... | 300 | » |

*F. s. a.* Solution.

Une cuillerée à soupe deux fois par jour.

Les dix jours suivants, on remplace cette solution par deux cuillerées à soupe, données au début des repas, de *sirop de proto-iodure de fer*, qui associe encore à l'action reconstituante du fer, les effets altérants de l'iode.

Vous continuerez ce traitement alterné jusqu'à disparition complète des résidus articulaires et de l'anémie.

Notre quatrième malade n'est pas un anémique. C'est un rhumatisant de vieille date, chez qui l'immobilisation prolongée au lit a diminué les forces et amené l'atrophie des muscles du membre inférieur. Nous lui avons prescrit, comme je vous l'ai dit, des séances de *massage* et un *traitement arsenical* alterné avec le *glycérophosphate de chaux*.

Pendant dix jours on lui donnera, au déjeuner et au dîner, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Arséniate de soude.................. | 0 gr. 05 |
| Eau distillée........................ | 300 gr. |

Les dix jours suivants, il prendra, au milieu de chacun des deux principaux repas, un cachet de 0.50 de glycérophosphate de chaux.

A tous ces rhumatisants, vous recommanderez dans la suite la pratique d'une hygiène sévère. Ils devront porter de la flanelle pour éviter les refroidissements. Chaque jour des frictions sèches ou à l'alcool camphré seront faites sur tout le corps pour stimuler les fonctions de la peau et relever la nutrition générale.

## VII

Si la situation sociale de vos malades leur permet d'avoir recours à une *cure thermale*, vous aurez le choix entre un certain nombre de stations. Pour la détermination de la station de choix, vous aurez à tenir compte des formes cliniques particulières que présenteront vos sujets.

Ceux auxquels correspond comme type notre premier malade, chez qui le cœur est le plus touché et qui restent en imminence constante de nouvelles poussées articulaires, seront envoyés à *Royat*.

Notre deuxième malade, bien que l'affection rhumatismale ait également atteint son cœur, ne présente plus aucun résidu de cette complication. Il est surtout anémique et, en plus, névropathe avéré. Il tirera grand bénéfice d'une cure à *Plombières* ou à *Néris*.

Par contre, le rhumatisme a troublé profondément le fonctionnement du cœur chez notre troisième malade. En raison de l'éréthisme cardiaque qu'il présentera encore pendant longtemps, vous lui recommanderez une cure à *Bourbon-Lancy;* vous préviendrez ainsi chez lui des récidives et vous tonifierez son muscle cardiaque.

Chez notre quatrième malade, il existe un état subaigu ancien, avec tendance à la chronicité. Ses attaques se rapprochent; il y a des localisations persistantes. Il faut pratiquer ici un traitement local et prévenir les atrophies musculaires. Vous lui prescrirez une cure à *Luchon* où à *Aix-les-Bains*.

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1908

Présidence de M. Barbier.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

### Communications.

I. — *L'esprit scientifique médical*

(A propos de la communication de M. Rénon sur le pragmatisme),

par P. Gallois.

La communication de M. Rénon sur le pragmatisme en médecine a eu un grand retentissement. Notre collègue a insisté sur l'importance capitale qu'il faut donner en médecine aux faits démontrés et sur l'importance beaucoup moindre qu'il convient d'accorder aux théories. Depuis longtemps j'étais convaincu de cette nécessité et il m'est arrivé à plusieurs reprises de défendre la même idée, en particulier tout récemment dans une réponse à sir Dyce Duckworth sur la question des diathèses — dans mes communications à l'occasion de la présentation du livre de M. Burlureaux sur la purgation, danger social — dans mes travaux sur le régime sec dans les diarrhées infantiles. A ce dernier propos, je terminais un de mes articles par cet aphorisme de mon maître Straus : « L'important est d'établir un fait, la théorie viendra plus tard », aphorisme qui depuis 1884 a été ma véritable directrice intellectuelle.

Ce que M. Rénon, à la suite des Américains, appelle pragmatisme, c'est ce que j'appelle esprit scientifique. Mais sur ce mot esprit scientifique il faut s'entendre. Certaines personnes, avec lesquelles il m'est arrivé d'en causer, ont paru croire que je voulais parler de l'esprit mathématique et que je ne considérais comme scientifique que les formules d'apparence algébrique et les équations. C'est une erreur. J'ai pour les sciences mathématiques toute l'estime qui leur est due, mais dans l'état actuel de

nos connaissances, les sciences naturelles comme la médecine sont d'un tout autre ordre que les sciences mathématiques. Cette différence n'est généralement pas bien comprise.

Les sciences mathématiques ont de tout temps émerveillé les hommes par leur précision et leur caractère d'évidence, si bien qu'elles sont considérées souvent comme les seules sciences véritables. Dans les sciences naturelles, au contraire, nous ne possédons jamais la certitude absolue et nous ne sommes jamais sûrs de connaitre sur un fait toute la vérité. Il y a là entre les deux ordres de sciences un contraste irréductible. Cependant il ne faut pas en conclure que les sciences naturelles sont inférieures aux mathématiques. Pasteur vaut au moins Newton. Mais ce dont il faut bien se rendre compte, c'est que par suite des différences des objets de leurs études, l'esprit scientifique des mathématiciens et des naturalistes est tout à fait différent. Leurs méthodes elles-mêmes diffèrent.

Dans les sciences mathématiques, on procède par déduction. L'esprit part de vérités démontrées et en déduit les conséquences. Dans les sciences naturelles, l'esprit part d'un fait d'observation et par induction cherche à remonter à la cause. Dans les mathématiques, la démonstration est demandée à un raisonnement; dans les sciences naturelles, c'est l'expérience qui doit prouver la justesse d'une hypothèse. Aussi quand M. Rénon demande que nous fassions du pragmatisme, c'est-à-dire que nous attachions une importance plus grande aux résultats d'une expérience qu'à la théorie elle-même, il demande simplement que les médecins se conforment à l'esprit inductif qui est la caractéristique de leur science et qui est leur véritable esprit scientifique.

Il pourrait sembler bien inutile de rappeler ainsi aux médecins ce qui devrait être leur mentalité particulière, si nous ne voyions continuellement des maîtres eux-mêmes se lancer dans des théories extrêmement séduisantes sans s'apercevoir que la moindre expérience les contredit. Les médecins à l'esprit déductif, ceux qui font des raisonnements et ne savent pas observer, me parais-

sent extrêmement dangereux et j'ai déjà dit combien je regrettais tous les hommages encore rendus actuellement à Broussais qui est pour moi l'un des types d'esprit les plus faux qui aient existé en médecine. Combien d'exemples ne voit-on pas encore aujourd'hui de ces théories qui font fureur pendant quelques années, qui conduisent à des thérapeutiques passées à l'état de modes impérieuses et qui, lorsque leur règne est passé, nous paraissent tellement absurdes que nous nous demandons comment nos prédécesseurs ou nous-mêmes avons été assez sots pour y croire.

Ces retours d'opinion sont dus uniquement à ce que l'amour des théories et le prestige des systèmes nous ont enlevé nos facultés d'observation et à ce que nous ne savons pas tenir compte de l'expérience. L'expérience ! mais n'a-t-elle pas été de tout temps méprisée. *Experientia fallax* est la formule que tout le monde a répétée depuis Hippocrate jusqu'à Descartes. Le mot empirisme n'est prononcé qu'avec dédain. Cela est si vrai que ce mot a été détourné de sa signification primitive et s'emploie actuellement souvent à contre sens. Quand un Kneipp quelconque bâtit un système basé sur de pures élucubrations *a priori* sans aucun contrôle expérimental, si l'on veut dire que ce n'est pas scientifique, on dit : « C'est empirique », tandis qu'on devrait dire : « C'est théorique. »

L'expérience est la seule sanction que nous ayons en médecine de la justesse de nos théories. Et quand je dis expérience il faut encore que je me prémunisse contre une confusion. Je ne parle pas d'une expérience de physiologie faite sur des animaux, c'est de l'expérience en général et plus spécialement de l'expérience thérapeutique que je parle, c'est des résultats donnés par un traitement. Quand un médecin a fait une belle théorie et qu'il en a déduit le traitement qui doit être efficace, il s'imagine trop souvent avoir terminé son œuvre et qu'il n'y a plus rien à faire. Or, bien au contraire, tout reste à faire : il reste à faire la vérification expérimentale. Il faut voir si le traitement proposé donne de bons résultats et faire la contre-épreuve pour voir si le

traitement précisément inverse n'en donnerait pas tout autant. Mais combien s'astreignent à ces expériences de contrôle?

Evidemment il faut un raisonnement pour conduire ces expériences. Nous avons deux moyens pour atteindre la vérité : le raisonnement et l'expérience. Aucun des deux n'est suffisant à lui tout seul. L'expérience, sans raisonnement, ne mène à rien. Mais le raisonnement, sans expérience, ne conduit qu'à des divagations. Il faut les utiliser concurremment. L'expérience ne peut se passer des lumières de la raison. Le raisonnement a besoin du contrôle de l'expérience. C'est elle qui doit avoir le premier et le dernier mot. Pour acquérir des connaissances nouvelles dans les sciences naturelles, l'esprit doit partir d'un fait d'expérience, faire un raisonnement pour en imaginer la cause et en prévoir les conséquences, puis il doit chercher à vérifier son hypothèse par une expérience. Je résume ces trois conditions indispensables dans la formule suivante: « Il faut un raisonnement encadré par deux faits d'expérience. » C'est l'expérience qui juge en dernier ressort.

Or, il est assez remarquable que, dans les sciences mathématiques où l'expérience semble compter si peu que l'on s'est demandé même si elle entrait en jeu, ce contrôle expérimental existe sans qu'on s'en rende bien compte. Nous proclamons les vérités mathématiques évidentes par elles-mêmes, mais si elles nous paraissent telles, c'est qu'elles ont été des milliards de fois vérifiées expérimentalement depuis les quelques vingt siècles qu'elles ont été formulées. Toutes les fois qu'on a mesuré des surfaces ou des volumes et qu'on les a trouvés conformes aux chiffres donnés par le calcul, on a vérifié expérimentalement la justesse des raisonnements mathématiques. La découverte de Neptune par Gall a été également une vérification expérimentale de l'exactitude de tous les théorèmes utilisés par Le Verrier dans ses calculs. D'ailleurs, la géométrie devrait s'arrêter au postulatum d'Euclide, puisque le raisonnement ne peut le démontrer. Si elle a passé outre et si elle accepte comme justes toutes les solutions qui en découlent, c'est que l'expérience en a montré

l'exactitude. Les géomètres nous donnent donc ainsi, sans s'en douter, une excellente leçon de pragmatisme.

Si donc l'expérience est le complément des sciences mathématiques, elle doit être encore à plus forte raison le complément indispensable des sciences naturelles et de la médecine en particulier. Un médecin n'a vraiment l'esprit scientifique que lorsqu'il sait donner à l'observation et à l'expérience la place qui leur convient, c'est-à-dire le rôle d'arbitre suprême de nos théories et de nos systèmes. Un géographe de la Renaissance, Stœffler, décrivant les découvertes récentes des Christophe Colomb et des Magellan, faisait remarquer qu'elles étaient en complet désaccord avec ce que le raisonnement avait fait prévoir. Les Antipodes, pensait-on, ne pouvaient exister, puisque les gens placés audessous de la terre et n'étant soutenus par rien devaient fatalement tomber dans le vide. Et pourtant des navigateurs y étaient allés, avaient vu ces Antipodes et en étaient revenus. Il fallait bien admettre leur existence. Et notre géographe ajoutait cet aphorisme très remarquable : « *Propriis vidisse oculis credo esse octavam scientiam.* Voir les choses de ses yeux, je pense que c'est une huitième science. » C'est-à-dire toute une science nouvelle, l'Observation, à ajouter aux sept arts libéraux seuls compris dans la classification des sciences à l'époque.

Eh bien ! pour le médecin, voir de ses yeux, savoir voir sans se laisser éblouir par des théories, ce n'est pas seulement la huitième science, c'est la première, je pourrais presque dire, c'est toute la science. J'ai été heureux d'entendre M. Rénon exposer les mêmes idées dans son article sur le pragmatisme. En raison de ses fonctions de médecin des hôpitaux et d'agrégé, il peut les répandre parmi les étudiants et développer chez ses élèves un esprit inductif, c'est-à-dire une mentalité conforme aux conditions de notre science. Il a là une belle tâche à accomplir.

## DISCUSSION

M. ARTAUT, de Vevey. — Ce que vient de dire notre collègue, M. Gallois, me donne la clef du mot d'un de nos grands maîtres

de la médecine actuelle. Un jour, au Conseil supérieur de l'Instruction publique, le maître s'élevait contre l'enseignement des sciences naturelles, de la physique et de la chimie aux étudiants en médecine, « parce que, disait-il, elle pourrait leur donner l'esprit scientifique ». Je tiens ce détail de Girard. C'est que, sans doute, ce maître confondait avec la plupart des médecins l'esprit scientifique avec l'esprit mathématique. Cet esprit mathématique n'est nullement l'esprit scientifique. Les mathématiciens sont des mystiques, des inspirés, mais n'ont pas l'esprit scientifique. Ce dernier est, en effet, le pouvoir d'embrasser les faits, de les peser pour en tirer des idées générales, des vues philosophiques. C'est uniquement cette aptitude qui caractérise l'esprit scientifique proprement dit. Cela ne veut pas dire que l'esprit mathématique soit inutile : bien au contraire, il est fort utile, surtout dans les sciences physiques, et les physiciens surtout ont cet esprit scientifique. Mais comme, en définitive, il résulte de l'ensemble des faits appris c'est-à-dire de l'expérience, on peut l'avoir en toute science, même en médecine, et M. Gallois a bien fait de le faire ressortir. Comme en somme, il permet de planer au-dessus de la science dont on s'occupe et de l'embrasser de haut, je souhaite que cet esprit féconde celui de la médecine.

## II. — *La cure de « plein large, »*

par le Dr J. LAUMONIER.

La physiothérapie a présentement une tendance marquée à se substituer aux médicaments familiers et à envahir toute la thérapeutique. Aussi ai-je été surpris de ne pas encore avoir entendu vanter une cure que les marins de jadis connaissaient et pratiquaient, mais qui semble aujourd'hui tombée dans l'oubli. C'est la cure de « plein large ».

Il y a un fait que nous ignorons, parce que, sans doute, les médecins ne sont pas de grands navigateurs. L'action marine est très différente suivant qu'elle s'exerce à proximité des côtes ou

bien au « plein large », c'est-à-dire à une distance de la terre ferme d'au moins 20 à 30 milles marins. Tous ceux qui ont fait de longues traversées, savent, pour l'avoir éprouvé, que, en haute mer, l'air marin perd les propriétés excitantes et congestives que nous lui connaissons sur les côtes, et devient, tout en restant tonique, surtout équilibrant.

Cette curieuse modification tient à des circonstances que les géophysiciens ont noté depuis longtemps. On sait d'abord que l'action excitante de l'air marin littoral est due en partie à la configuration des côtes, à l'ampleur des marées, à l'irrégularité et à la violence des déplacements atmosphériques, qui toutes contribuent à la pulvérisation des principes salins et iodés. Murray a fait remarquer que, sur les côtes très découpées, à falaises et à récifs, la teneur de l'air en principes salins varie énormément suivant le flot et le jusant, la vitesse et la direction du vent. Cette variation nous est au surplus démontrée par la manière dont les enfants délicats et les personnes nerveuses se comportent à la mer; tandis qu'ils réagissent vivement et s'« énervent » à marée montante, et sur les plages fortement battues, à roches et à galets, ils se montrent beaucoup plus calmes pendant la marée descendante et sur les plages de grands sables. Il est incontestable que ces variations incessantes, qui réveillent ou entretiennent l'excitabilité tégumentaire, viscérale et nerveuse, expliquent dans une certaine mesure les influences nocives que la mer exerce sur certains névropathes, les congestifs et les phtisiques.

Au « plein large », les conditions ne sont plus les mêmes, en ce sens que, d'irrégulières et d'instables, elles deviennent régulières et stables. La teneur de l'air, en principes salins, est presque invariable, sauf en cas de gros temps, les vents sont, pendant des semaines et des mois, immuables de vitesse et de direction, et la longue houle des mers largement ouvertes, comme l'Atlantique ou le Pacifique, berce et endort, par sa continuité, les agitations les plus obstinées. A ces causes de sédation s'ajoutent encore et le bain perpétuel d'air pur et de lumière,

qui, on ne l'ignore plus, contribue si puissamment à maintenir ou à refaire l'équilibre fonctionnel, et le calme et la régularité de la vie. Car, vous le devinez, en parlant des avantages généraux de la navigation au large, je n'ai pas en vue l'existence que l'on mène à bord de ces grands paquebots anglais, allemands, américains ou français, qui sont véritablement des sortes de casinos ambulants, avec leurs bruits, leurs fêtes et leurs excès, mais bien celle des voiliers, qui font encore les ports de l'Amérique du Sud, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et l'Océan Indien par le Cap. A bord de ces bateaux, on ne jouit pas évidemment du confort excessif des transatlantiques et de la *Peninsular and Oriental C°* ; mais on y trouve, ce qui vaudrait mieux pour beaucoup, une existence méthodique, sobre, isolée, silencieuse, sans possibilité d'excès d'aucune sorte, sans bruits ni odeur de machine, sans fatigue ni émotion. Et ne sont-ce point là précisément les conditions que l'on cherche à réaliser, pour le névropathe par l'isolement relatif, pour le tuberculeux par la cure de repos et d'air et le sanatorium?

A titre de preuves des précieux avantages de la cure de « plein large », je ne puis malheureusement, n'ayant pas encore recherché la bibliographie du sujet (1), vous apporter que deux observations.

La première est relative à un jeune homme de dix-sept ans, ayant grandi en deux ans de près de 20 centimètres et atteignant 1m92, avec un poids de 71 kilogrammes seulement. Cette croissance rapide avait entraîné des troubles nerveux et psychiques extrêmement sérieux, avec phosphaturie, névralgies, phobies et agitation. Ce jeune homme a un oncle, qui est armateur à Liverpool. Au lieu de le laisser isoler dans une maison de santé, comme les médecins le conseillaient à Paris, l'oncle l'embarqua, avec le consentement de ses parents, en qualité de comptable, à

(1) Je dois cependant mentionner deux ouvrages récents : *Tuberculose et Sanatoriums flottants*, par le Dr Ach. Edom, et surtout *Les Voyages de Santé en mer* (cure marine de la tuberculose pulmonaire), par les Drs Louis et Paul Murat.

bord d'un voilier qui fait la côte du golfe d'Oman. Le jeune homme resta quatorze mois à la mer, vivant comme l'équipage. Les premiers jours furent pénibles à cause du mal de mer, mais quand l'accoutumance eût été réalisée, une amélioration très nette se dessina. L'obligation d'un certain travail, l'intérêt excité par un genre de vie insoupçonné, la régularité de l'existence, l'éloignement des causes de préoccupation et d'agitation, le calme et le bon air, transformèrent le malade dont l'état somatique et psychique se rétablissait à vue d'œil. Ses névralgies, ses ruminations, ses phobies disparurent et quand il rentra en Europe, ce jeune homme, complètement guéri, souple et vigoureux, hâlé par le soleil et la brise, avait encore grandi de 3 centimètres mais pesait 90 kilogrammes.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de trente-six ans, représentant d'une maison de produits pharmaceutiques dans les républiques de l'Amérique du Sud. La vie qu'il mène est ou semble assez dure, car, deux fois par an, il revient de Valparaiso en France, au mois de juin par le détroit de Magellan, au mois de janvier par la Cordillère des Andes. Et cependant, cet homme est tuberculeux pulmonaire avec cavernicules, sans hémoptysies; apyrétique, cessant presque complètement de tousser, mangeant et dormant bien et augmentant de poids quand il est au large, sitôt à terre, il a de la fièvre le soir, perd son appétit, dort mal et diminue de poids. Il connaît sa maladie, et répète volontiers que s'il vit encore, c'est grâce aux longues traversées qui mettent comme un pansement périodique sur ses lésions pulmonaires. Le fait est que cet individu résiste à sa bacillose, conserve un excellent aspect extérieur et que, depuis douze ans, son état est resté absolument stationnaire.

Ces observations m'ont frappé parce qu'elles concrètent pour moi en faits précis ce que j'ai entendu dire depuis longtemps par beaucoup de marins de la flotte marchande. Les médecins de la marine de guerre et des paquebots connaissent beaucoup moins bien, sans l'ignorer, cette question, parce qu'ils se trouvent dans de mauvaises conditions pour l'étudier; leurs bateaux se prêtent

peu à la manifestation des avantages de la cure de « plein large » d'abord, et ensuite les matelots malades sont rapidement évacués, tandis que l'accès des paquebots est interdit aux bacillaires reconnus et aux névropathes notoires. Il en résulte que les observations capables d'entraîner la conviction relativement à l'efficacité de cette cure, ne pourront être utilement recueillies qu'à bord d'un yacht spécialement aménagé dans ce but et menant de longues croisières à marche lente.

Le principe même de cette thérapeutique ne m'en paraît pas moins acquis. Sa réalisation pratique est, quelque difficultés spéciales qu'elle présente, plus proche sans doute que celle de la fameuse *aérostatothérapie* dont la presse a parlé avec fracas. A deux se réduisent les objections qu'on y peut faire. Est-il facile, en premier lieu, de décider les malades à s'expatrier, pour ainsi dire, à bord d'un voilier, pendant des semaines et des mois, isolés de leurs habitudes et de leur famille, avec de plus la crainte du mal de mer, du gros temps et même d'un naufrage? Non, certes, et je reconnais même que la menace du mal de mer doit écarter de la cure tous les tuberculeux hémoptoïques, du moins jusqu'à ce que nous ayons déterminé d'une manière plus précise ses indications. Mais, hors cela, tout ce qu'on peut dire contre elle a déjà été dit contre l'isolement dans la maison de santé et le sanatorium antituberculeux. Si les malades ont consenti à cet isolement, dans la tristesse de la banlieue parisienne ou la solitude neigeuse des Alpes, pourquoi hésiteraient-ils à se confier à un voilier de cure, qui n'est en somme qu'un sanatorium flottant, baigné de grand air et du chaud soleil, pourvu qu'il soit suffisamment aménagé et doté de ce qui est nécessaire aux exigences hygiéniques des malades?

Malheureusement, ce bateau n'existe pas, et c'est là la seconde objection. Les navires de plaisance ou d'excursion comme ceux que frette, par exemple, la *Revue générale des Sciences*, ne conviennent pas à cette cure ; ils sont à vapeur ou trop petits. Pour les raisons énoncées plus haut, il faut des voiliers stables plus que rapides, tenant bien à la lame et d'un tonnage assez élevé

pour prêter au confort indispensable. Pour terminer, il ne me reste donc plus qu'à souhaiter que quelque riche armateur ou une intelligente Compagnie de navigation tente de construire et d'aménager un tel bateau. L'entreprise serait intéressante; elle serait peut-être fructueuse; elle serait en tout cas généreuse, car quel plus noble but que de rendre possible l'essai des moyens que nous découvrons pour soulager ou guérir les pauvres malades?

DISCUSSION

M. CHASSEVANT. — Je ne suis pas étonné des faits que signale M. Laumonier, et qui, connus depuis longtemps en Angleterre, sont la base d'une vieille thérapeutique. Autrefois, on prescrivait aux tuberculeux de faire la traversée des Indes, aller et retour, par le cap de Bonne-Espérance sur les voiliers et cette pratique doit exister encore aujourd'hui.

M. LAUMONIER. — Elle est de moins en moins répandue parce que les voiliers tendent à diminuer.

M. CRÉQUY. — Cette thérapeutique était banale autrefois, en tout cas pour la tuberculose, dont elle constituait un traitement classique.

M. BARBIER. — Ce traitement eut, en effet, une vogue très grande et je rappelle que Laënnec avait fait venir à grands frais et installer, dans les salles des tuberculeux de la Pitié, des goémons dont il espérait que les émanations pourraient soulager les pauvres malades. Mais, d'autre part, on sait combien la tuberculose décime les équipages des transatlantiques et des voiliers; elle semble évidemment frapper plus les mécaniciens et les chauffeurs, qui sont dans la cale, plutôt que les matelots qui travaillent sur les ponts, dans les mâtures.

J'ai spécialement étudié autrefois l'influence maritime sur la tuberculose, et je crois que, dans certaines formes, elle peut donner un coup de fouet à la tuberculose.

La teneur en chlore et en iode des atmosphères marines a paru pour certains malades un adjuvant très défavorable pour le traite-

ment. Ces teneurs sont variables en un même point avec la température et les vents, et on peut penser que des constantes de température, air pur, ozone, peuvent contre-balancer en grande partie l'influence nocive des éléments congestifs iode et chlore. On sait avec quelle unanimité les médecins de l'Atlantique, consultés il y a quelques années sur l'influence du bord de la mer sur la tuberculose, l'ont déclarée très défavorable et ont demandé à ce qu'on ne leur envoie pas de tuberculeux.

Les tuberculeux se trouvent mal du bord de la mer dans les formes hémoptoïques, congestives.

A Arcachon, par exemple, on a pu éviter les influences nocives de l'iode et du chlore parce qu'on fait, en réalité, plus une cure de bassin qu'une cure maritime. Cependant, les éléments salins y sont amenés quelquefois par quelque forte houle, et on a pu observer à ces moments des poussées de fièvre chez les malades.

On peut envoyer au bord de la mer les tuberculeux « en trêve » qui ne sont pas en poussées aiguës. Et cependant, même chez ceux-là, on n'est pas toujours à l'abri du coup de fouet que peut donner l'atmosphère marine. Ainsi, parmi les enfants qu'on envoie à Berck pour des tuberculoses osseuses, localisées, 3 à 4 p. 100 succombent à des généralisations tuberculeuses, tuberculose pulmonaire ou méningée, pendant leur séjour au bord de la mer.

Aussi, faut-il être très prudent en conseillant le séjour de la mer aux tuberculeux, et n'y envoyer que les malades en bon état général, en accroissement, à lésions limitées et dont l'organisme n'est pas trop épuisé. Mais chez tout malade en poussée congestive, hémoptoïque, dans les formes laryngées, quand il y a de la diarrhée, quand le péritoine est atteint, le séjour au bord de la mer a des contre-indications absolues. Il en est de même chez certains malades qui présentent des névralgies, des douleurs vagues, surtout dans les membres inférieurs.

L'excès de lumière est un élément nocif de plus quelquefois, et Darembert a dit déjà que les tuberculeux doivent se faire caresser, et non pas mordre par le soleil.

M. LAUMONIER. — Ce que vient de dire M. Barbier ne fait au fond que venir à l'appui de ma thèse. Il nous a montré les influences nocives que peut exercer le bord de la mer et au sujet desquelles je suis pleinement d'accord avec lui. Mais ma communication traite des effets du plein large, ce qui n'est pas du tout la même chose. A cent milles de la côte, le milieu est tout différent de celui du bord de la mer ainsi que je l'ai indiqué.

Toutefois, pour les tuberculeux hémoptoïques et congestifs, je fais, comme on l'a vu, les mêmes réserves que M. Barbier.

Quant à l'exemple d'Arcachon, il me paraît mauvais. Là, ce n'est ni la mer, ni le plein large, mais une eau pourrie et ce n'est pas sur les résultats obtenus à Arcachon qu'on pourra juger de la cure marine.

M. RENÉ LAUFER. — M. Barbier a fait allusion, je crois, à l'influence défavorable des grands espaces sur les déprimés. Je me suis livré depuis longtemps à des recherches expérimentales sur l'activité psychique chez les neurasthéniques et les déprimés de diverses sortes, recherches que j'aurai l'occasion de publier sous peu, et j'ai observé ce fait très intéressant, qui n'a été exposé encore nulle part, c'est que le neurasthénique, livré absolument à lui-même, donne un travail psychique beaucoup plus considérable que s'il s'adonne à une occupation, pas trop absorbante bien entendu, mais exigeant cependant une attention soutenue. Un dactylographe neurasthénique, par exemple, livré à lui-même, donne au bout de quelques heures des réactions de fatigue nerveuse plus considérable que si, pendant le même temps, il fait un travail continu de dactylographie. *Les neurasthéniques sont en réalité des neurhypersthéniques.* C'est ce fait qui me paraît aujourd'hui absolument démontré et que je tenais à signaler. Il explique d'ailleurs, je le répète, l'influence défavorable produite chez les déprimés isolés dans les grands espaces. Il explique, certainement pour une grande part, l'amélioration survenue chez le neurasthénique dont a parlé M. Laumonier et qui se livrait à un certain travail intellectuel. Ceci, sans diminuer l'influence particulière qu'a pu avoir le plein large.

# LITTÉRATURE MÉDICALE

## Traité de médecine (1).

La production de l'année 1908 aura, je crois bien, été la plus importante qui se soit vue depuis longtemps. On ne saurait croire combien de livres, et beaucoup de vraiment remarquables, ont vu le jour à cette rentrée.

La bibliographie est véritablement submergée, et c'est une tâche pénible que de prendre connaissance d'un nombre aussi considérable de travaux. Mais cette tâche est singulièrement adoucie, quand les yeux tombent sur des ouvrages aussi intéressants que le *Traité de médecine*, qui vient de voir le jour à la librairie Doin et dont les auteurs sont MM. Enriquez, Laffitte, Bergé et Lamy, qui comptent parmi les plus productifs et les plus originaux des jeunes médecins des hôpitaux parisiens, chefs de service très appréciés des élèves, qui trouvent auprès d'eux des professeurs de clinique clairs et précis, capables de leur procurer un enseignement méthodique, dont ils profiteront au cours de leur carrière, quand à leur tour ils se trouveront aux prises avec les difficultés de la pratique.

Le nouveau Traité de médecine se présente avec une originalité fort rare, les quatre volumes ont paru le même jour et l'on conviendra que c'est là un tour de force pour l'imprimeur et l'éditeur, quand on saura que les manuscrits ont été remis ensemble avant les vacances et que chacun des volumes comporte de 1000 à 1500 pages, avec de nombreux et importants dessins. Cette condition a, pour l'acheteur, une immense importance, car elle garantit la modernité de l'ouvrage.

Généralement les traités généraux sont faits par fascicules.

(1) *Traité de médecine*, par MM. Enriquez, Laffitte, Bergé et Lamy, médecins des hôpitaux de Paris, 4 volumes grand in-8° formant 5180 pages avec 725 figures en noir et en couleurs; prix des 4 volumes parus le même jour : br. 60 francs; cart. fers spéciaux 70 francs. Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Chacun des collaborateurs est chargé d'un article, disséminé au milieu des autres, procédé de publication forcément très lent et qui a, de plus, le grave inconvénient d'enlever à l'ouvrage l'unité et l'homogénéité, aussi bien que l'actualité. Le plus bel exemple de défaut de ce genre est fourni par les encyclopédies qui, commencées à la lettre A, se terminent au bout de vingt ans à la lettre Z, sans qu'on puisse y trouver les mots consacrés aux choses nouvelles. Une des plus célèbres avait encore plusieurs volumes à publier dix ans après l'apparition de l'automobile, et l'on peut inutilement chercher le nom de cet appareil dans les pages de cet ouvrage, terminé à peine en 1900. Il suffit de citer un tel fait pour qu'il soit à lui seul la condamnation ; sans phrases, d'un pareil procédé de publication.

Le Traité de médecine de la librairie Doin n'aura jamais à craindre pareil reproche, puisque, grâce à la rapidité de sa composition, il a paru d'un seul bloc, et représente vraiment l'état de la médecine en juin 1908. Je crois que c'est la première fois que pareil événement se produit, et non seulement cet ouvrage présente la rare qualité d'une actualité incontestable, mais encore il jouit d'une homogénéité et d'une unité absolues. Pour arriver à ce résultat, les auteurs se sont bien gardés de hacher les matières de manière à se partager la tâche au gré de leurs préférences; ils se sont au contraire chargés de développer chacun un grand ensemble qui groupe les quatre grandes classes d'affections.

Le tome Ier, dû à la plume du docteur Enriquez, traite des *maladies infectieuses et parasitaires*, des *maladies du tube digestif*, c'est-à-dire des affections de la *bouche*, de l'*œsophage*, de l'*estomac*, de l'*intestin* et de *l'appendice*. M. Laffitte s'est chargé d'exposer tout ce qui concerne les maladies du *foie*, des *reins*, de la *rate*, du *pancréas*, du *péritoine*, les maladies des *glandes à sécrétion interne*, les maladies de la *nutrition* et les *intoxications*. A M. Bergé est revenu le soin de faire l'étude des maladies de l'*appareil circulatoire* et du *sang*, des affections des *voies respiratoires*. Enfin à M. le docteur Lamy est incombée la tâche de traiter des maladies du *système nerveux*.

Tout cet ensemble forme un grand ouvrage de plus de 5.000 pages très richement illustrées. Les auteurs ne se sont pas contentés de la clinique prise dans le sens ancien, ils se sont attachés à décrire minutieusement tous les procédés nouveaux qui peuvent contribuer à faciliter et à déterminer sûrement le diagnostic, c'est-à-dire tous les procédés physiques nouveaux, *radiographie*, mesures de la *tension artérielle*, *électricité*, etc. Il est évident que l'ouvrage comportait surtout l'examen clinique et l'établissement du diagnostic, mais cependant, les auteurs ont terminé chaque chapitre par un tableau complet des procédés thérapeutiques, qui permettent de lutter contre chaque maladie, et ce tableau, pour être court, n'en représente pas moins un guide très complet pour le praticien.

Tel qu'il se présente, le nouveau *Traité de médecine* doit certainement être considéré comme un monument très remarquable qui fait le plus grand honneur à ses auteurs, comme aussi à l'éditeur qui a su donner une forme très élégante à ce bel ouvrage. Le Traité de médecine en quatre volumes forme un ensemble important, mais il n'est pas compact; il a été rédigé, surtout, en vue du praticien et de l'étudiant; c'est un ouvrage très au courant de la science, mais il est essentiellement *professionnel*. Armé d'un instrument aussi parfait, et par une lecture rapide de chacun de ces chapitres, au fur et à mesure de ses besoins, le médecin est certain de se trouver au courant de toutes les nouveautés les plus récentes, et d'être à même de répondre à toutes les nécessités de l'examen.

G. BARDET.

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Pharmacologie.

**Arsacétine.** — L'action des préparations arsenicales n'est plus niable dans certaines maladies infectieuses telles que la syphilis, la trypanosomiase, la pellagre, etc. Parmi elles, on a surtout étudié et employé l'atoxyl, mais, malgré ses très réelles qualités et son activité évidente, il était souhaitable qu'on modifiât cet préparation, eu égard à sa toxicité. C'est de cette conception qu'est né l'acétylarsanilate de soude, encore connu sous le nom d'acétylarcinalat ou arsacétine.

C'est une poudre blanche, soluble à 10 p. 100 dans l'eau froide et à 30 p. 100 dans l'eau chaude, ne contenant aucunement d'acide arsénique ou d'acide arsénieux. Contrairement aux solutions d'atoxyl, qui se décomposent par la stérilisation, les solutions d'arsacétine restent absolument fixes dans les mêmes conditions et supportent le chauffage à l'autoclave à 130° pendant une heure sans se décomposer.

En ce qui concerne l'action de l'arsacétine en thérapeutique humaine, il faut se reporter aux communications faites par le Pr. Neisser au 10e congrès de dermatologie à Francfort-sur-le-Mein, le 9 juin 1908. Il résulte de ces communications que l'arsacétine s'est montrée au moins aussi active que l'atoxyl, tout en ne possédant pas la toxicité de ce dernier. Au point de vue des doses, les communications susdites ont prouvé que, dans tous les cas où l'on veut obtenir une action énergique, il faut employer des doses de 0,60 cgr. en solution à 10 p. 100 dans l'eau en injections sous-cutanées. Il suffit ordinairement dans ces cas, c'est-à-dire dans la trypanosomiase, la syphilis, la maladie du sommeil, de 20 injections faites à raison de deux par semaine, en deux jours consécutifs. Il est possible que cette dose puisse être portée jusqu'à 0,80 cgr. et même 1 gr., mais jusqu'à présent la clinique nous enseigne à ne pas dépasser 0,60 cgr.

Dans les autres affections, telles que maladies de désassimila-

tion, anémies, neurasthénie, on s'en tiendra à des doses beaucoup plus faibles allant de 0,10 à 0,50 centigr.

**Le pyramydon comme traitement des douleurs fulgurantes du tabes.** — Le Dr RICHTER (de Berlin) écrit : Avant d'employer les moyens héroïques comme les injections sous-cutanées de morphine, essayez contre les douleurs fulgurantes le pyramidon. Il en a obtenu de très beaux résultats même dans les cas où les nouveaux anesthésiques avaient échoué. Il faut donner 0,50 centigr. de pyramidon en une seule fois et faire boire ensuite une ou deux tasses de lait chaud ou d'une infusion chaude quelconque. Les douleurs sont très diminuées en 20 minutes et souvent disparaissent en une demi-heure. (*Medizinische Klinik*, 1908, n° 28).

**Nouvelles préparations surrénales synthétiques.** — Il s'agit de deux nouvelles préparations destinées, semble-t-il, à faire une sérieuse concurrence à la suprarénine, l'homorenon et l'arterenol.

L'*Homorenon* est l'ethylaminoacétopyrocatéchine de formule $(OH)^2 C^6H^3 . CO . CH^2 NH . C^2H^5$, qui donne, avec l'acide chlorhydrique, un sel bien cristallisé, le chlorhydrate d'homorenon. Celui-ci se présente soit sous forme d'une poudre cristalline blanche, soit sous celle de cristaux en aiguilles, incolores, bien formés et très délicats. Il est facilement soluble dans l'eau, plus difficilement dans l'alcool. Les solutions, amères au goût, déterminent sur la langue une insensibilité passagère. Une solution d'une partie d'homorenon (chlorhydrate) dans dix parties d'eau doit être claire, incolore et faiblement acide. Elle doit être conservée à l'abri de la lumière.

Le chlorhydrate d'homorenon est 50 fois moins toxique que la substance active des glandes surrénales et sans influence nocive sur le cœur. Il est très bien supporté par les personnes sensibles aux préparations surrénales. Il s'emploie comme la suprarénine avec cette particularité qu'une solution de chlorhydrate d'homo-

renon à 5 p. 100 correspond à une solution de suprarérine à 1 p. 1.000.

L'*Arterenol* est l'aminoethanolpyrocatéchine dont la formule est $(OH)^2 C^6H^6 CHOH.CH.NH^2$, Le sel chlorhydrique de ce produit, cristallin, fixe, très soluble dans l'eau, moins soluble dans l'alcool, a reçu le nom de chlorhydrate d'arterenol. C'est une poudre blanche fine et inodore, très soluble dans l'eau, anesthésiant légèrement la langue. Les solutions sont à préserver de la lumière.

L'action de l'arterenol (chlorhydrate) est, qualitativement et quantitativement, la même que celle des extraits de capsules surrénales préparées avec l'organe même, mais jouit de cet avantage d'être deux à trois fois moins toxique. On l'emploie au même degré de concentration que la suprarénine, mais la dose maxima en est plus élevée en raison de la toxicité moindre.

**Sur la toxine et l'antitoxine des bacilles dysentériques.** — M. Ernest SCHOTTELIUS nous donne sur ce sujet, dans la *Medizinische Klinik* (1908, n° 32) une très intéressante étude dont les conclusions sont les suivantes :

Le bacille de la dysenterie du type Shiga-Kruse forme, dans les bouillons de culture faiblement alcalins, une toxine soluble et spécifique.

La toxine dysentérique, injectée aux lapins par voie intra-veineuse ou sous-cutanée à la dose de 0,005 à 0,01, est pour eux mortelle. Les animaux en expérience meurent de paralysie progressive en un à trois jours. Le poison se propage par les vaisseaux et provoque dans la moelle épinière toujours, dans les autres organes (foie, intestin, rein) rarement, des hémorrhagies, de la nécrose et de la dégénérescence graisseuse.

En traitant des chevaux avec la toxine dysentérique, on parvient à obtenir une antitoxine spécifique qui, éprouvée sur les lapins, permet, à la dose de 0,005, d'annihiler l'action d'une dose mortelle de toxine plusieurs fois répétée.

**L'anesthésie locale dans les opérations de cure radicale de hernie inguinale et crurale.** — Sur ce sujet a paru dans le *Münchener medizinische Wochenschrifft* (1908, n° 33), un article très élogieux de M. NAST-KOLB (de Stuttgard), donnant le résultat de son expérience personnelle de la question. M. NAST-KOLB emploie exclusivement, dans ces opérations, l'anesthésie locale au moyen de la novocaïne unie à la suprarénine ; il utilise une solution de novocaïne à 1 p. 100 dont on injecte en général de 25 à 30 centim. cubes, quoique la dose puisse être, sans danger, portée jusqu'à 50 centim. cubes. Il a, par cette méthode, opéré dans les dix-sept derniers mois soixante-trois hernies inguinales libres et deux hernies inguinales étranglées, neuf hernies crurales libres et sept hernies crurales étranglées, dont deux avec résection d'intestin grêle gangréné. En outre il a opéré, suivant les mêmes principes et par la même méthode, quatre hernies ombilicales et sept hernies épigastriques avec le même succès. « J'espère, dit-il comme conclusion, avoir contribué par cette communication, à la diffusion de cette méthode d'anesthésie que je considère comme extrêmement simple et universellement applicable ».

**L'ophtalmo-réaction et les tuberculines.** — M. MITULESCU (de Bucarest) a essayé plusieurs tuberculines provenant de fabriques différentes et établit entre elles des comparaisons des plus utiles à connaître. Celles qui lui ont donné les meilleurs résultats provenaient de l'Institut Pasteur de Lille, et de la fabrique de Höchst. A son avis, et d'après ses expériences, la solution à 1 p. 10.000 de Höchst serait équivalente à la solution Pasteur à 1 p. 1.000 et à la solution Calmette à 1 p. 250. C'est donc la première qu'il emploie de préférence. Il est bon de savoir, en pratique, qu'il existe d'aussi grandes différences dans le titre des solutions actives de tuberculines destinées à l'ophtalmo-réaction.

M. MITULESCU déclare, en terminant, que l'ophtalmo-réaction est une méthode qu'il est indispensable d'employer, quand, en l'absence de signes cliniques suffisamment démonstratifs, on

veut tirer au clair le problème des tuberculoses au début. (*Wien. klin. Wochenschrifft*, 1908, 20.)

**La sabromine.** — La sabromine, succédané des bromures alcalins, a été étudiée à la suite des succès remportés par la sajodine, dans la pensée de trouver une combinaison bromée qui fit pendant à cette combinaison iodée. Au point de vue chimique, elle représente le dibromobahénate de calcium. Ses indications sont les mêmes que celles des bromures alcalins, c'est-à-dire qu'elle est antispasmodique et sédative dans l'hystérie, la neurasthénie, les névroses cardiaques, l'éclampsie, l'épilepsie. Elle semble surtout réussir dans cette dernière affection. Parmi ses principales propriétés, notons l'absence d'accidents de bromisme et d'influence nocive sur l'activité intestinale. Les malades, dit M. le Prof. Von Mering (*Medizinische Klinik*, 1908, 38) n'accusent ni pesanteur ni sensation de plénitude stomacales. Dans certains cas on pourra en donner jusqu'à 6 grammes par jour. Dans les autres, 1 à 2 gr, pris une heure avant le repas du soir seront suffisants.

## Maladies vénériennes.

**Nouvelle méthode de traitement de l'ophtalmie blennorragique des adultes au moyen de la pommade à base de lenicet.** — Dans cette affection, les pommades employées à base de vaseline boriquée étaient trop facilement fluidifiées par la chaleur oculaire et étaient très vite entraînées au dehors. C'est pour obvier à cet inconvénient que Adam (*Münch. med. Woch.*, 1907, n° 43) conseille l'emploi de l'euvaseline, constituée par de la vaseline blanche américaine, additionnée d'une quantité déterminée de cérésine naturelle à haut point de fusion et de lanoline. Cette pommade ne se fluidifie pas par la chaleur de l'organisme et a en outre le double avantage de restreindre et de rendre inoffensives les sécrétions de l'œil, si l'on a eu soin d'incorporer à la pommade du lenicet ou acétate d'alumine, qui exerce une action antisécrétoire et bactéricide.

Le lenicet combiné avec l'euvaseline en proportion de 10 p. 100 est appliqué toutes les deux heures, même la nuit, sur la conjonctive enflammée. Pour cela on fait regarder le malade en bas et on introduit avec une baguette de verre de la pommade en ayant soin de soulever la paupière supérieure.

Quand l'infiltration de la paupière supérieure est trop forte on se contente d'en déposer une couche dans le cul-de-sac conjonctival inférieur en faisant regarder de côté. Lorsque la sécrétion a diminué, ce qui arrive après un à trois jours, on dépose toutes les trois à quatre heures une couche de pommade au lénicet à 5 p. 100, jusqu'à ce que la sécrétion soit tarie. Ensuite on traite avec l'euvaseline et on cautérise chaque jour avec une solution de nitrate d'Ag à un demi p. 100. Si la sécrétion augmente, on retourne à la pommade à base de lenicet à 5 ou à 10 p. 100. Quand les sécrétions ont disparu on emploie la vaseline à l'oxyde de zinc à 0 gr. 5 p. 100. La méthode de traitement au lenicet est plus efficace et plus simple que les méthodes usuelles et elle peut être appliquée par le malade lui-même.

**Saturnisme par surabondante ingestion d'eaux potables plombifères dans le diabète.** — SABRAZÈS (*Gaz. hebd. des sc. méd. et Tribune médicale*). La polydipsie, si impérieuse dans les divers diabètes, a pour conséquence la traversée de l'organisme par une énorme masse de liquide, sans cesse renouvelée. Cette irritation massive des tissus est susceptible de provoquer des malaises *d'ordre mécanique*, tenant à la surcharge et à la distension gastrique, au surmenage du cœur et des reins, *d'ordre infectieux*, s'il s'agit d'eaux polluées, *d'ordre toxique*, suivant la qualité et la nature des liquides ingérés.

Or, il est loin d'être exceptionnel que les eaux les plus pures, livrées à la consommation des villes, acquièrent dans leur parcours ou leur séjour dans les conduites une toxicité d'emprunt tenant à la présence de minimes quantités de plomb. C'est ainsi que le saturnisme peut frapper les diabétiques qui habitent des localités comme celles des Landes, où l'eau potable est très fai-

blement minéralisée et par ce fait légèrement agressive pour les tuyaux de plomb, surtout au contact des joints hétérogènes comme au niveau des robinets. Ces faits ont d'ailleurs été exposés en détail dans la thèse de A.-P. Bonnin (Bordeaux, 1906), inspirée par l'auteur.

A l'appui de la réalité de cet hybride pathologique — diabète et saturnisme — l'auteur cite le cas d'un malade atteint de diabète insipide des plus caractérisé et en même temps de saturnisme. Ce sujet appartient à une famille de dipsomanes. Chez lui, la polydipsie provoque une véritable potomanie. L'impulsion est telle que le malheureux privé d'eau absorbe tous les liquides qu'il trouve à portée de sa main (eau de lessive, purin).

On a constaté chez lui tous les signes d'une colique de plomb, avec liséré saturnin très accentué. Les caractères hématologiques sont également des plus nets ; on trouve, en effet, dans le sang, de nombreuses hématies à granulations basophiles, 5 à 6 par champ d'immersion en moyenne, de toutes formes, de toutes dimensions (microcytiques et macrocytiques, polychromatiques et orthochromatiques). On trouve des normoblastes avec collerettes protoplasmiques de granulations basophiles et caryorrhexie du noyau ; parfois les granulations sont un peu concentrées et pressées vers le centre de l'hématie. Cette observation est, on le voit, très démonstrative.

Dans les localités des Landes, où les eaux attaquent facilement les conduites, les commissions sanitaires ont fait placer dans les maisons une pancarte recommandant de toujours laisser couler la première eau avant de puiser pour l'alimentation. L'eau courante qui s'échappe après cette première évacuation ou chasse ne présente aucun danger.

# FORMULAIRE

**Potion contre les laryngites aiguës de l'enfance.**

L'élément spasmodique vient compliquer habituellement les laryngites aiguës dans les premières années; pour diminuer l'excitabilité du système nerveux laryngé, administrer par cuillerées à dessert la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Julep gommeux | 60 gr. |
| Codéine | 0 » 01 |
| Bromure de potassium | 1 » |
| Sirop de fleurs d'oranger | 30 » |

Les premières cuillerées seront données à intervalles rapprochés pour produire la sédation. Tenir l'enfant dans une atmosphère saturée de vapeur d'eau. Si le tirage et la suffocation deviennent menaçants, recourir au tubage.

**Contre les fissures de la langue.**

| | |
|---|---|
| Acide phénique neigeux | 2 gr. 50 |
| Teinture d'iode | ââ 12 » 50 |
| Glycérine neutre | |

Appliquer au niveau des fissures avec un pinceau.

(*Ann. de Thér. dermatol. et syphiligr*).

**Vin urané pour diabétiques ou débilités.**

| | |
|---|---|
| Nitrate d'uranium | 1 gr. 30 |
| Glycérine | 50 » |
| Vin de Bordeaux rouge quantité suffis. p. | 1 litre |

(*Echo de la Médecine et de la Chirurgie.*)

*Le Gérant* : O. DOIN.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

# VARIÉTÉS

## L'hygiène et la thérapeutique de Voltaire.

II

(*Suite et fin*) (1).

L'estomac, ce fut, pour Voltaire, jusqu'à l'âge de cinquante ans, le siège de ses tortures, la source de toutes ses appréhensions (2).

Il commence à parler de ses mauvaises digestions, dès 1720, à vingt-six ans. Trois ans plus tard, il écrit à une de ses correspondantes que « sa santé et ses affaires sont délabrées à un point qui n'est pas croyable... qu'il est si malade que la plume lui tombe des mains ». C'est alors que, sur la foi de personnes qui prétendent s'en être bien trouvées, il songe à prendre les eaux de Forges. Il revenait de son premier voyage en Hollande, où il était allé comme en exil; il y avait mené « une vie de dissipation, qui allait jusqu'au désordre ». Il espérait que les eaux de Forges allaient le rétablir; loin de lui réussir, elles le fatiguent davantage. « Je ne prendrai plus d'eau, déclare-t-il (3); elles me font beaucoup plus de mal qu'elles ne m'avaient fait de bien. Il y a plus de *vitriol* dans une bouteille d'eau de Forges que dans une bouteille d'encre. »

Ce qui ne l'empêche pas de retourner à ces mêmes eaux, l'année suivante. Il s'en trouve même d'abord très bien; mais l'amélioration ne persiste pas, et, avec son exagération habituelle, il déclare que ces eaux sont des plus nuisibles.

(1) V. le numéro du 8 Novembre 1908.
(2) RASPAIL, *loc. cit.*
(3) Lettre à Thiriot, du 5 août 1723.

« Les eaux de Forges m'ont tué », écrit-il à un ami. Leur usage prolongé était, tout au plus, capable d'avoir aggravé sa dyspepsie.

C'est alors qu'il se résout à faire une cure de petit-lait; mais, presque au même moment, il se met entre les mains d'un médecin qui lui fait prendre de l'essence de cannelle; un autre le médicamente d'importance. Finalement, il ne sait plus à quelle drogue se vouer.

Sur les instances de Mme de Bernières, il se décide à consulter SILVA, Silva le médecin à la mode, le médecin des vaporeuses. L'oracle lui affirme que « les morceaux d'une boule de fer étaient aussi bons que la boule en entier »; qu'il n'y a rien de mieux pour assurer la digestion. Voltaire a la faiblesse de croire à l'oracle; mais, après expérience, il renonce à ce singulier digestif; il reconnaît que « le régime vaut mieux que toutes les boules du monde...

« La santé m'est enfin rendue, écrit-il joyeusement à Mme de Bernières... J'ai retrouvé ma gaieté... Je vous avertis, ma chère reine, que M. de Gervasi et tous les médecins de la Faculté vous seront inutiles, si vous n'avez pas un régime exact, et qu'avec ce régime vous pourrez vous passer d'eux à merveille... » Mais cette accalmie devait être de courte durée.

***

A la suite d'opérations de banque malheureuses, Voltaire a perdu presque toute sa fortune. Il s'en montre profondément affecté; et, conséquence inévitable, ses troubles dyspeptiques reparaissent.

En 1732, sa santé est « pire que jamais ». Il éprouve la plus grande peine pour travailler, même pour écrire une simple lettre, et il en donne une raison très plausible :

« Si vous saviez ce qu'il m'en coûte pour écrire !... Je peux faire une scène de tragédie dans mon lit, parce que cela se fait sans se baisser sur une table, et sans que le corps y ait part ; mais, quand il faut mettre la main à la plume, la seule posture que cela demande me fait mal ; je suis à présent dans l'état du monde le plus cruel (1). « C'est l'époque où il signe ses épîtres « le vaporeux (2), l'hypocondre V. ». Il n'a plus de force pour penser... sa chienne de vie touche à l'agonie... c'est un mourant qui approche de son dernier crépuscule.

En 1734, à la suite de la publication des *Lettres philosophiques*, appréhendant la Bastille, il dut fuir Paris précipitamment, et les eaux de Plombières devinrent subitement nécessaires à sa santé (3). On est peu fixé sur ce premier séjour dans cette station thermale, où il devait revenir à plusieurs reprises.

Il y précéda, en 1748, la marquise du Châtelet, la « divine Emilie », qui passa dix jours à Plombières, tenant compagnie à M[me] de Boufflers, celle dont on disait que, « pour plus de sûreté », elle faisait son paradis en ce monde.

Voltaire revint à Plombières en 1754, sur les conseils d'un médecin nommé COSTE, le même, sans doute, qui occupa plus tard le poste de médecin en chef des Invalides.

Frédéric II avait essayé de le dissuader de ce voyage, pré-

---

(1) Lettre du 17 mars 1733.

(2) Les vapeurs, qui n'en avait pas au XVIII[e] siècle ? L'amie de Voltaire, M[me] DE GRAFFIGNY, en est accablée ; mais elle n'est pas seule à en souffrir. Voltaire lui-même en est la victime, sans vouloir en convenir. Comme « tous les gens à vapeurs », dès qu'il est contrarié, il est repris de ses malaises ; quand il n'est pas tourmenté, tout va bien. *La Cour de Lunéville au XVIII[e] siècle*, par G. PEREY et LUCIEN MAUGRAS ; Paris, 1904 ; p. 117).

(3) J.-D. HAUMONTÉ, *Plombières ancien et moderne*, par JEAN PARISOT. Paris, 1905.

textant que « les eaux minérales ne manquaient pas en Silésie ». Mais Voltaire, qui voulait rentrer en grâce auprès du roi de France, avait besoin de se concerter avec sa nièce, qui conduisait et négociait cette affaire, tant à Paris qu'à Versailles. Mme Denis devait le rejoindre à Plombières; ensuite ils reviendraient ensemble à Colmar. Rien n'était plus naturel que cet arrangement. On le savait habituellement malade; le voyage de Plombières ne pouvait donc passer que pour un besoin réel de prendre les eaux et de rétablir une santé délabrée. Mais ce besoin n'était que fictif.

Il partit de Colmar, le 8 juin 1754, ne prenant avec lui qu'un domestique et son copiste.

A Colmar, il apprend que La Condamine et Maupertuis, Maupertuis un de ses plus intraitables adversaires, sont à Plombières. Voltaire, ne voulant pas se rencontrer avec eux, surtout avec Maupertuis, ne pousse pas jusqu'à Plombières et se rend à l'abbaye de Senones, où il est, pendant trois semaines, l'hôte du savant bénédictin dom Calmet, qui s'amusait à l'appeler *frère Voltaire*. C'est de là qu'il écrivait : « J'ai attendu que j'eusse repris un peu de santé pour m'aller guérir à Plombières (1). Je prendrai les eaux en n'y croyant pas, comme j'ai lu les Pères (2). »

Au retour de Plombières, « il est toujours faible, toujours languissant; sa santé s'en va au diable; il ne peut écrire de sa main; *la tête lui tourne* ». C'est la première fois que nous l'entendons se plaindre d'éprouver du vertige, le *vertigo a stomacho læso*, que devait si bien décrire Trousseau.

---

(1) C'est à Plombières qu'il reçut la visite d'un médecin de Colmar, nommé Mac-Mahon, un ancêtre de l'ancien Président de la République. (Cf. sur le personnage, le *Cabinet secret de l'histoire*, dernière édition, 4e série).

(2) Lettre à Mme du Deffand, 2 juillet 1754.

*
* *

On peut se demander, avant d'aller plus loin, si ces troubles dyspeptiques étaient bien imputables à la maladie et ne l'étaient pas, pour une part, au traitement, et avant tout aux purgatifs, dont l'illustre ægrotant faisait véritablement abus.

Dès la fleur de l'âge, il en avait contracté l'habitude (1), qu'il ne perdit plus jamais : il alla jusqu'à prendre huit médecines et douze lavements dans un mois (2). Le clystère le compta toujours au nombre de ses fervents. Lors de son voyage en Angleterre, il avait découvert une machine perfectionnée à prendre des lavements; il ne se tenait pas de joie. « C'est un chef-d'œuvre de l'art, s'exclamait-il; vous pouvez la mettre dans votre gousset et en faire usage quand et partout il vous plaît, vous pouvez vous en servir toutes les fois et quelque part où vous soyez. »

La casse et la rhubarbe étaient, avons-nous dit, ses remèdes favoris. N'était-ce pas de la casse que renfermait la *Marmelade de Tronchin* (3), cet électuaire dont nos aïeux firent tant usage, et Voltaire — tout le premier (4)? A la casse et à la rhubarbe il joignait parfois les lavements savonneux. Et, à ce propos, il lui arriva une amusante aventure, pendant qu'il était, en Prusse, l'hôte de Frédéric.

De Berlin, Voltaire avait demandé au roi l'autorisation de se rendre dans les différentes cours d'Allemagne. Le monarque chargea un général, le comte de Chazot, de l'accompagner et de solder tous les frais de route.

---

(1) *Mémoires de Bachaumont*, 14 juillet 1769.

(2) Lettre à Thiriot, 2 février 1727.

(3) Il entrait, en outre, dans la *Marmelade de Tronchin*, de la manne en larmes, des amandes douces, du sirop de capillaire.

(4) Lettre du 6 juin 1735.

Au retour, le comte présente à Frédéric la note des déboursés. Le premier article portait une somme assez forte, « pour lavements de savon, à deux kreutzers chaque », pris par Voltaire, au cours du voyage.

— Qu'est-cela? s'écrie Frédéric. Quel compte d'apothicaire me présentez-vous là?

— Sire, reprit Chazot, je n'en rabattrai pas un denier à Votre Majesté; car mon compte est de la plus grande exactitude (1).

Un autre remède, dont Voltaire fit un fréquent usage, fut la poudre de Stahl. Il tenait la prescription du bon duc de Lorraine, le roi Stanislas. On connaît la formule de cette poudre, qui est un mélange de sulfate de potasse, de nitrate de potasse et de sulfure rouge de mercure. On prenait cette poudre en pilules. En 1747, Voltaire mandait à Frédéric : « Je serais tenté de croire que les pilules de Stahl doivent faire du bien au roi de Prusse; elles ont été inventées à Berlin et elles m'ont presque guéri en dernier lieu (2). » Deux ans plus tard, il écrit (3) au même souverain, devenu son ami : « Je n'ai encore rien trouvé qui me fît plus de bien que les vraies pilules de Stahl, et nous n'en avons à Paris que de mal contrefaites... Je supplie V. M. de daigner m'envoyer une livre de vraies pilules de Stahl... » Sur quoi, Frédéric lui répond : « Il y a de quoi purger toute la France, avec les pilules que vous me demandez, et de quoi tuer vos trois académies (celle de médecine n'existait pas encore!); ne vous imaginez pas que ces pilules soient des dragées: vous pourriez vous y tromper... J'ai chargé d'Arcet de

(1) *Mémoires sur Voltaire et ses ouvrages,* par S.-G. Longchamp et J.-L. Wagnière, ses secrétaires. Paris, 1825.

(2) Lettre 1384e, citée par Raspail.

(3) Lettre 1440e.

vous envoyer de ces pilules, qui ont une si grande réputation en France et que le défunt Stahl faisait faire par son cocher. Il n'y a ici que des femmes grosses qui s'en servent (1) ». Le roi de Prusse savait manier l'épigramme à l'occasion. Frédéric, médecin, donnait une leçon à Voltaire malade.

*
* *

Ce rôle de consultant, le roi s'en acquittait à merveille. En 1736, Voltaire était entré en relations avec Frédéric, qui s'inquiète de ses malaises, prend pour lui l'avis de plusieurs médecins (2), le supplie, pour l'amour de l'humanité, de ne pas lui donner de continuelles alarmes par ses fréquentes indispositions. « Votre Altesse Royale, lui écrit Voltaire, est trop bonne; elle a consulté des médecins pour moi et elle daigne m'envoyer une recette qui vaut mieux que toutes leurs ordonnances. »

Cette recette était contenue dans le post-scriptum d'une lettre du roi à son chambellan : « J'ai quelque bagatelle d'ambre pour Cirey et j'ai du vin de Hongrie, que l'on me dit être un baume pour la santé de mon ami. »

Bien que Voltaire bût modérément — un demi-setier de vin à chaque repas était plus qu'il ne lui en fallait (3) — il aimait avoir sur sa table d'excellents crus, que savaient apprécier ses commensaux. Quant à lui, il se contentait de bourgogne, de corton, qu'il voulait très bon, mais qu'il marchandait le plus qu'il pouvait (4).

---

(1) Lettre 1442e.

(2) Frédéric de Prusse écrivait à Voltaire qu'il savait malade : « Je suis tranquille sur votre sort, un homme tel que vous ne peut avoir pour médecin qu'ASTRUC. »

(3) Il en faisait l'aveu à Mme du Deffand, le 12 décembre 1768.

(4) Cf. *Correspondance inédite de Voltaire avec le président de Brosses*, p. 24 et suiv.

L'envoi de vin que lui annonçait le roi lui était plus sensible, pour l'attention qu'il indiquait que pour l'objet lui-même. Il y répondit, à son ordinaire, par un redoublement de flatteries. « Je n'ai foi aux médecins, écrivait-il à Frédéric, que depuis que Votre Altesse royale est l'Esculape qui daigne veiller sur ma santé. »

Les conseils que lui donnait le roi n'étaient cependant pas toujours de son goût. En réponse à certaines offres tant soit peu libertines, Voltaire lui déclarait « qu'il avait besoin de fourrure en été (1), et non de fille, et qu'il lui fallait un bon lit, mais pour lui tout seul, une seringue et le roi de Prusse (2) ».

Il n'était pas d'attentions que le roi ne prodiguât à son hôte.

Voltaire a-t il la fièvre, il lui envoie le meilleur quinquina qu'il ait pu se procurer. A-t-il un plat qui lui plaise, il lui est aussitôt servi. Mais que lui importent toutes ces grâces? « Digérons, s'écrie-t-il, voilà le grand point. Quand j'ai la colique, j'envoie promener tous les rois de l'univers. J'ai renoncé à ces divins soupers et je m'en trouve un peu mieux. » Le roi a dû lui laisser « liberté entière » de souper seul chez lui ou de ne pas souper, quand il se sent plus fatigué. Grâce à ce retour de régime, il se déclare moins tourmenté de ses maux d'entrailles et ne tient plus son ventre à deux mains.

Mais voici bien d'une autre antienne. Ne se dit-il pas atteint de goutte sciatique, qui le retient à la chambre, dans

---

(1) « Le froid me tue, les neiges me désespèrent », écrit-il le 21 janvier 1760. « Réservez une chambre à cheminée pour un pauvre malingre qui fait du feu à la Saint-Jean. » COLINI, *Mon séjour auprès de Voltaire*. Paris, 1807, p. 200.

(2) Lettre du 17 mars 1749, citée par SEURE, *Dyspepsie et Dyspeptiques*, p. 184.

un méchant cabaret, à Lyon ? Il quitte peu après cette ville, et se rend, tout perclus, au château de Prangins, dans le canton de Vaud, où « il attend la fin d'une vie remplie de souffrances », avec l'espoir « d'aller bientôt aux bains d'Aix ». Faute de pouvoir s'y rendre, il se contente de boire des eaux minérales de Prangins, qu'il déclare supérieures aux eaux de Forges, dont il a décidément conservé un mauvais souvenir.

⁂

Entre autres maladies dont Voltaire fut affecté, il en es une sur laquelle il revient avec assez de persistance pour retenir notre attention.

Voltaire n'avait pas de bons yeux et il s'en plaint à toute occasion. A vingt-trois ans, il fait entendre pour la première fois ses doléances à ce sujet. Il écrit à la marquise de Mimeure de lui envoyer le petit emplâtre qu'elle lui a promis, pour le bouton qui lui est venu sur l'œil (sans doute un orgelet). Plus tard, il eut des blépharites ciliaires, plusieurs attaques d'ophtalmie qui l'empêchent parfois de lire ou d'écrire. Il signe tantôt *Voltaire Quinze-Vingt*, tantôt *Voltaire l'aveugle*, parfois *l'Aveugle des Alpes*. Il attribue son affection aux causes les plus variées : à un abus de lectures, à la neige, au vent du Nord-Est. Il la décrit avec beaucoup de précision : « Mes yeux, dit-il, sont actuellement bordés de grosses cordes rouges et blanches. » Il semble bien qu'il s'agisse là de blépharites ciliaires, si rebelles au traitement.

Ces maux d'yeux alternent avec de la surdité, des maux de gorge, voire de l'aphonie. Tous ces troubles que Voltaire attribue à l'influence de l'air des Alpes étaient, plus vraisemblablement, de nature catarrhale et leur alternance

s'explique par la propagation inflammatoire à des muqueuses en continuité.

Comment se traite-t-il, puisque c'est surtout sa thérapeutique qui nous intéresse? « Le grand docteur Tronchin, écrit-il à d'Argental (1), couvre les yeux de l'Aveugle des Alpes d'une pommade adoucissante où il entre du sublimé corrosif. » Cette pommade l'a soulagé; ce n'est pas à elle, cependant, qu'il doit, à l'entendre, sa guérison, mais bien à un remède de bonne femme. « Mes yeux, explique-t-il à Mme du Deffand (2), ont été deux ulcères pendant près de deux ans. Une bonne femme m'a guéri à peu près..... c'était à M. Tronchin à m'enseigner ce qu'il fallait faire et c'est une vieille ignorante qui m'a rendu le jour. » Cette bonne femme était la sœur de M. de Cucé qui, de passage à Ferney, avait indiqué à Voltaire ce remède, qu'il baptise l'*Eau de Lausanne*, et qu'il prône à tous ses amis.

Le comte d'Argental, ayant mal aux yeux, lui vante le médicament qu'on lui a prescrit : des pilules de Belloste. Voltaire lui répond que l'eau fraîche le soulage et qu'il n'a que faire de ses pilules. « Qu'ont de commun, dit-il, les pilules de Belloste avec les yeux? Quel rapport d'une pilule avec les glandes lacrymales ? » De ce passage de l'une de ses lettres on a induit (3) que, les pilules de Belloste étant à base de mercure, la question se posait de savoir si Voltaire n'avait pas eu ...l'avarie! C'est engager bien légèrement un débat qui n'avait pas à être soulevé, pour la raison que c'était le comte d'Argental qui prenait lesdites pilules et non Voltaire qui, d'ailleurs, les lui déconseillait.

Mais il en est qui s'obstinent, malgré toute évidence, à

(1) 1er février 1764.

(2) Lettre citée par Rattel.

(3) Dr Roger, *Voltaire malade*. Paris, 1883.

retrouver, chez Voltaire, des symptômes d'intoxication mercurielle : n'est-on pas allé jusqu'à décrire (1) les *hydrargénoses* (affections engendrées par le mercure) de Voltaire? Celui-ci n'a-t-il pas pris des pilules de Stahl, des pommades au sublimé pour ses yeux; en 1749, n'a-t-il pas été atteint d'une maladie qui lui a fait perdre les dents? en 1751, l'humeur mercurielle s'est jetée sur les gencives et lui a causé un affreux scorbut (2). Il n'y a plus à douter : c'est le mercure qui est le coupable!

En réalité, c'est une affection scorbutique dont nous avons le tableau clinique sous les yeux; à quelle cause l'attribuer? Nous ne sommes pas en mesure de faire une autre réponse que celle du médecin du roi de Prusse, que Voltaire avait consulté là-dessus. « CODÉNIUS, médecin du roi de Prusse, me donne quelquefois de longues ordonnances en allemand; je les jette au feu et je n'en suis pas plus mal. C'est un fort bon homme, et quand il voit que mes dents tombent, et que je suis attaqué du scorbut, il dit que j'ai une affection scorbutique. » Cela rappelle la boutade du médecin de Molière : Pourquoi l'opium fait-il dormir? Parce qu'il a la vertu dormitive.

BOUVARD, dont Voltaire avait sollicité aussi l'avis, ne se montra guère plus clairvoyant. Il lui fit abandonner l'usage du lait de chèvre, dont il ne pouvait assurément tirer grand profit, mais qui avait, du moins, le mérite d'être inoffensif.

Outre le scorbut, Voltaire, à différentes époques de sa vie, s'est plaint de douleurs rhumatismales et goutteuses. Dans l'hiver de 1775-76, il écrit que la goutte l'a tenu « lié et garrotté pendant quatre semaines »; qu'il l'a eue « aux

(1) RASPAIL, *Revue compl. des Sc.*, loc. cit.
(2) Lettre 1509e, citée par RASPAIL.

deux pieds, aux deux genoux, aux deux mains, et, par suite de faveur, au coude ». On a dit, à ce propos (1), qu'il n'avait jamais eu, à proprement parler, d'accès de goutte, et qu'il ne se plaignait que dans le but de faire sa cour au duc de Richelieu qui, lui, était véritablement podagre. Cependant, il se plaint, à maintes reprises, d'avoir « les doigts enflés », d'avoir « mal à la main écrivante », d'être « le plus maigre des goutteux ». Mais il nous fait aussi cet aveu que sa goutte est « peu de chose » et nous ne savons plus, en vérité, à quel moment il faut le croire.



Une affection à laquelle il semble avoir attaché moins d'importance et qui fut cependant autrement douloureuse est sa *strangurie*.

Depuis l'âge de 39 ans jusqu'à sa mort, il accuse des troubles du côté de la vessie, pour lesquels on le saigne et on le baigne, même au plus fort de l'hiver. En même temps, ses « deux fuseaux de jambes sont devenus gros comme des tonneaux ». S'agit-il d'une *hypertrophie de la prostate*, qui expliquerait la cystite ; ou d'une *néphrite albumineuse*, qui justifierait l'œdème du membre inférieur? Nous pencherions plutôt vers la première des deux hypothèses.

En 1759, Voltaire a « un éblouissement, un je ne sais quoi qui accommode fort peu les idées » ; Tronchin a dû « venir au secours de sa pie-mère et de sa dure-mère ». Mais cette congestion n'est que passagère et ne laisse pas de traces.

Plusieurs années après, il se plaint de l'intermittence de son pouls. Frédéric, qui a consulté pour lui un médecin anglais, en visite à sa cour, lui répond que c'est une baga-

(1) RATTEL, *Th. cit.*, p. 49.

telle dont il n'a pas à se préoccuper : mais, y revenant dans une lettre ultérieure, il lui fait part de réflexions qui ne sont pas complètement dépourvues de sens : « Pour votre pouls intermittent, lui écrit-il, il ne m'étonne pas ; à la suite d'une longue vie, les veines commencent à s'ossifier, et il faut du temps pour que cela gagne la veine cave, ce qui vous donne quelques années de répit. » Substituons artères à veines, et l'explication donnée par le roi de Prusse devient presque acceptable. En raison de son grand âge, Voltaire pouvait bien être athéromateux, ce qui est le propre des arthritiques.

Ce diagnostic devait se trouver justifié par la suite : au mois de mars 1776, il annonce au comte d'Argental qu'il vient d'avoir « une espèce d'apoplexie ». « Il est ridicule, ajoute-t-il, de tomber dans une espèce d'apoplexie quand on est aussi maigre que je le suis ; cependant, j'ai eu ce ridicule. L'année suivante, il mande au duc de Richelieu qu'il a perdu pendant deux jours la mémoire, qu'il l'a perdue « si absolument qu'il ne pouvait retrouver aucun mot de la langue ». Il n'est pas douteux qu'il ait eu, à cette époque, un épanchement cérébral, qui ne fut pas, toutefois, accompagné de paralysie.

En dépit de ses 83 ans, il trouva encore la force d'entreprendre le voyage, si long et si fatigant avec les moyens de transport dont on disposait à cette époque, de Ferney à Paris. Comme le lui avait prédit Tronchin, il ne résista pas à cette fatigue.

Il eut un vomissement de sang presque à son arrivée, et peu après, il était atteint à nouveau de sa strangurie. On a prétendu que c'est à la suite d'ingestion d'opium à doses élevées, que ses douleurs de vessie reparurent et que, loin de soulager ses souffrances, le médicament pris en excès

les aggrave. Nous traiterons ailleurs, et avec tous les développements qu'il comporte, le chapitre des derniers moments du philosophe. Nous n'avons voulu, dans ce travail, qu'exposer nos vues sur l'hygiène et la thérapeutique de Voltaire et montrer que, grâce à cette hygiène et malgré les traitements les plus fantaisistes et souvent les plus offensifs, celui qu'on pourrait appeler « l'éternel geignard » a réussi à poursuivre une longue carrière, conservant dans son intégrité cette lucide intelligence, ce clair génie, qui en font la plus éclatante, la plus synthétique personnification de l'esprit français.

D[r] CABANÈS.

---

# OPHTALMOLOGIE

## L'ophtalmie sympathique,

par le D[r] BAILLIART.

On désigne sous le nom d'*ophtalmie sympathique* l'apparition de troubles des membranes profondes dans un œil[1] jusque-là sain, lorsque ces troubles semblent avoir leur point de départ dans l'autre œil, antérieurement malade.

On tend de plus en plus en effet à séparer de l'ophtalmie sympathique les phénomènes d'*irritation sympathique*, très fréquents, sans gravité le plus souvent; dans ce cas il s'agit de troubles purement fonctionnels; un œil étant blessé ou quelquefois perdu depuis longtemps, on voit apparaître sur l'autre un peu de larmoiement, un peu de rougeur conjonctivale, une faible douleur pendant l'accommodation, ou même, un léger rétrécissement du champ visuel. On n'est même pas en droit de dire que l'irritation sympathique est le premier temps de l'ophtalmie sympathique qui, elle, ne se manifeste pas seulement par des troubles fonctionnels, mais bien par des troubles organiques.

Les lésions constatées sont variables suivant la forme de l'ophtalmie sympathique qui peut revêtir deux principaux types cliniques, celui de l'*uvéite* ou celui de la *neuro-rétinite*.

Dans l'uvéite, on voit paraître, en même temps qu'un trouble très prononcé du corps vitré et de l'humeur aqueuse, soit un fin pointillé sur la face postérieure de la cornée, soit un exsudat qui, parti de l'iris et du corps ciliaire, immobilise la pupille et finit par fermer le champ pupillaire.

Dans la neuro-rétinite au contraire, forme beaucoup plus rare, on constate seulement, si l'examen ophtalmoscopique peut être fait avant que le segment antérieur ait été secondairement envahi, un trouble très marqué de la papille du nerf optique. Cette forme, cliniquement beaucoup plus rare, serait pour quelques auteurs le début de l'ophtalmie sympathique vraie.

En dehors des signes ophtalmoscopiques, cette maladie s'accompagne de troubles objectifs et subjectifs des plus sérieux : injection ciliaire, larmoiement très prononcé, douleurs violentes spontanées et à la pression, diminution rapide de l'acuité visuelle.

Toutes les fois que l'on voit survenir de pareils symptômes chez un malade qui a perdu antérieurement un de ses yeux ou qui vient de subir un traumatisme oculaire sérieux, il faut immédiatement penser à l'ophtalmie sympathique, pour être prêt, au cas où le diagnostic serait confirmé, à agir immédiatement, ce qui est la seule chance de succès. Ce sont les traumatismes oculaires, les plaies pénétrantes qui exposent le plus à l'ophtalmie sympathique, surtout si le traumatisme a porté au niveau de la région ciliaire, et si une partie de la membrane uvéale a été herniée. A côté de ces plaies, il faut signaler comme cause très fréquente de l'ophtalmie sympathique la pénétration de corps étrangers qui n'ont pas été ou n'ont pas pu être extraits.

Les traumatismes opératoires peuvent réaliser les mêmes conditions, soit qu'après l'opération de la cataracte, par exemple, il se soit produit au niveau de la cicatrice un enclavement ciliaire, soit que l'opération ait été suivie d'accidents infectieux. L'iridocyclite suppurée est particulièrement grave à ce point de vue,

alors que le vrai phlegmon de l'œil, la panophtalmie, n'est presque jamais le point de départ de l'ophtalmie sympathique.

Le temps qui sépare l'apparition des lésions sympathisantes de l'ophtalmie sympathique est des plus variables. Il ne paraît pas que, sauf des cas tout à fait exceptionnels, il puisse être inférieur à trois semaines. Le maximum de fréquence est au cours du deuxième mois qui suit l'apparition de l'ophtalmie sympathisante. Mais quelquefois ce temps est beaucoup plus long, une année, souvent beaucoup plus, puisque l'on a cité des cas n'apparaissant qu'après vingt années.

Quant au mode de propagation de l'inflammation sympathique d'un œil à l'autre, il faut avouer qu'il reste jusqu'à présent complètement obscur.

On supposait au début, avant la période microbienne, qu'il s'agissait d'une irritation nerveuse, transmise ou par les nerfs ciliaires ou par le nerf optique.

Avec les idées actuelles sur l'infection, on devait être amené forcément à attribuer l'ophtalmie sympathique à la propagation d'agents pathogènes d'un œil à l'autre. Par quelle voie peut se faire cette transmission : par la voie nerveuse (nerfs ciliaires, gaines du nerf optique), par la voie veineuse ou par la voie lymphatique ? Toutes ces hypothèses ont été soutenues ; mais ni les unes ni les autres ne peuvent expliquer comment, s'il s'agit d'un agent pathogène (encore non isolé d'ailleurs), cet agent ne se développe jamais qu'au niveau du tractus uvéal ; comment peut se produire ce parallélisme remarquable entre les lésions, atteignant, dans un œil comme dans l'autre, la même région, très limitée en somme, du globe oculaire.

C'est pour répondre à cette objection que Roemer, se basant sur ce fait que certains microbes ne se développent que sur un terrain particulier, admet que l'agent de l'ophtalmie sympathique est peut-être un microorganisme à élection spéciale pour le tissu uvéal. L'apparition de l'ophtalmie sympathique cesserait alors d'être mystérieuse ; la transmission se ferait par la voie sanguine générale, et le microbe, parti de la choroïde de l'œil sympathi-

sant, transporté jusqu'au niveau de la choroïde de l'œil resté sain, y déterminerait l'apparition de l'ophtalmie sympathique.

Plus récemment encore on a soutenu qu'au niveau de la choroïde malade prennent naissance des anticorps qui, transportés par la circulation générale, vont exercer leur action sur la choroïde jusque-là restée saine.

Mais ce ne sont là que des hypothèses ; le seul fait bien évident est que l'ophtalmie sympathique ne peut se produire d'un côté sans une lésion grave, généralement de la région ciliaire, du côté opposé.

On se trouve ainsi amené à considérer comme le meilleur moyen de traitement prophylactique l'énucléation de l'œil menaçant. Il est certain qu'une telle opération radicale met définitivement à l'abri de tout danger. Faut-il donc d'emblée énucléer tous les yeux qui par la nature ou de leur blessure ou de leur maladie paraissent susceptibles de provoquer un jour l'apparition de l'ophtalmie sympathique? Ce serait là une exagération évidente ; qu'un œil ait été ouvert avec hernie de la région ciliaire, qu'un corps étranger ait pénétré la cavité oculaire, ce sont là des accidents de tous les jours, qui n'entraînent plus aujourd'hui aussi fatalement qu'on le pensait naguère l'énucléation prophylactique.

Il reste cependant bien évident que si la vision paraît être totalement et définitivement perdue, entre la crainte d'une ophtalmie sympathique à plus ou moins longue échéance et le désir de conserver un œil généralement moins esthétique, qu'une pièce artificielle, à coup sûr plus gênant, il ne faut pas hésiter. L'énucléation d'un œil inutile peut et doit dans de telles conditions être faite sans scrupules.

Mais si le traitement chirurgical, par restauration de la région blessée, par la suture de la sclérotique sur une plaie soigneusement désinfectée de la choroïde, par extraction du corps étranger intra-oculaire semble permettre une vision même légère, la conservation du globe s'impose ; elle est même encore permise, si le traitement, sans laisser l'espoir d'obtenir un résultat visuel si

faible soit-il, a rendu à l'œil sa forme normale, et si les phénomènes d'irritation (injection ciliaire, larmoiement, douleurs spontanées ou à la pression) font complètement défaut.

D'ailleurs de tels cas doivent par la suite être surveillés, pour qu'au premier retour de ces phénomènes irritatifs, soit du côté sain soit du côté blessé, l'énucléation puisse être immédiatement pratiquée. Nous avons dernièrement observé un cas où, après dix-huit années d'accalmie complète, un œil gravement blessé provoqua l'apparition d'une ophtalmie sympathique du côté opposé. Le malade, qui habitait la province, n'étant venu nous consulter que trois semaines après le début de cette ophtalmie, perdit presque complètement la vue.

C'est pourquoi nous nous demandons si, dans une partie capitale aujourd'hui de la chirurgie, dans les accidents du travail, il n'y aurait pas lieu de proposer toujours l'énucléation si la blessure peut devenir sympathisante et si la vision est totalement perdue. Entre la disparition d'un œil inutile d'une part et, de l'autre, la perte pour l'ouvrier de nombreuses journées réclamées par le traitement, et la menace, si faible et si lointaine soit-elle, d'une cécité complète, l'oculiste ne doit pas hésiter à notre avis à conseiller cette opération ; après elle, trois semaines suffisent largement pour permettre la reprise du travail. Economie de temps, sécurité pour l'avenir, ce sont des avantages trop considérables, pour qu'on les puisse dédaigner.

Lorsque l'ophtalmie sympathique s'est déclarée, c'est par l'énucléation de l'œil sympathisant qu'il faudra commencer le traitement, même si la vision n'en est pas absolument perdue; car le plus souvent il n'y a pas d'autre moyen que l'opération pour arrêter les progrès de la maladie.

Localement, les compresses d'eau chaude, les instillations de dionine et d'atropine devront être recommandées. On y ajoutera des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure. Le traitement général ne devra cependant pas être négligé. C'est encore le mercure employé à haute dose qui paraît donner les meilleurs

résultats, soit en frictions, soit en injections intra-veineuses répétées tous les jours.

Après disparition des phénomènes aigus on se trouve souvent très bien d'une cure de salivation par la pilocarpine qui facilite remarquablement la résorption des exsudats pupillaires ou des troubles du corps vitré.

Ce n'est que longtemps après, lorsque plusieurs mois se sont écoulés depuis la dernière poussée inflammatoire, que l'on pourra essayer par une intervention chirurgicale, par une iridectomie simple ou suivie de l'extraction du cristallin, d'augmenter la vision de l'œil sympathisé.

## HYGIÈNE

**Pénalité et criminalité.** — Il en est qui prétendent que la criminalité peut être enrayée par une exagération de la pénalité. Il en est d'autres au contraire pour qui la pénalité n'a jamais pu entraver la marche de la criminalité. L'opinion généralement admise par les magistrats et les juristes est plus particulièrement conforme à la première, celle des médecins et des anthropologistes se rallie plutôt à la seconde.

En étudiant la marche de la criminalité dans les 86 départements français, M. Tarnowski montre qu'il y a des départements où le nombre des prévenus pendant la période 1880-1901 augmente alors que dans d'autres, plus nombreux, elle diminue. Les différences en plus ou en moins sont très marquées. Elles atteignent 50 p. 100 et au delà. Cependant tout le pays est soumis aux mêmes lois, aux mêmes sévérités répressives, aux mêmes conditions économiques. C'est bien là encore une preuve de l'inutilité de la peine sur la marche de la criminalité. Aussi estime-t-il que la défense sociale doit comprendre comme agents modificateurs de la criminalité : la transformation impérieuse du milieu qui, par les intoxications sociales qu'il propage et entretient, favorise l'éclosion des êtres incomplets et antisociaux qui seront des criminels; l'éducation et l'instruction, au point de vue

de la morale, des dégénérés et des anormaux; l'isolement définitif du milieu social des récidivistes, des incorrigibles, des criminels dangereux.

Dans toutes ces conditions, il paraît préférable, disent MM. Lacassagne et Et. Martin, dans une intéressante étude publiée dans les *Archives d'anthropologie criminelle*, de s'appuyer sur la défense sociale. Le crime ne constitue pas une entité juridique : c'est une modalité de la vie sociale, un phénomène inéluctable des collectivités, comme la vertu, le dévouement, la cupidité, la charité.

Les criminels sont des antisociaux. On peut distinguer plusieurs variétés. Il y en a dont l'organisation n'est souvent que le fait des vices de leurs parents ou des défectuosités du milieu. Quelques-uns d'entre eux peuvent être améliorés par l'éducation, des habitudes de discipline cérébrale.

D'autres sont des malheureux que l'âge, la maladie rendent impotents, et auxquels la Société doit protection et secours. Quand les dures conditions de la vie, les circonstances, ont plié, à moitié broyé un organisme humain, il n'y a plus rien à faire, si ce n'est de donner un refuge à ces invalides.

Il existe enfin les vieux incorrigibles et les professionnels du crime pour lesquels les châtiments sont sans effets.

La peine, quoi qu'on en dise, ne sert pas à l'amélioration de l'individu qui a passé « la moitié du chemin de la vie ». Toute la sévérité des siècles précédents a été inefficace. Voltaire avec son grand bon sens écrivait : « Un pendu n'est bon à rien ! »

C'est sur l'enfance et la jeunesse qu'il faut agir. Toute mesure pénale qui ne commence pas d'abord par l'amélioration de l'enfant est inutile.

Le bien-être moral des sociétés est en raison directe des sacrifices, de la protection, des soins donnés à l'enfance.

**L'audition et le téléphone** (*Nord. med. Archive*). — L'usage du téléphone, plus particulièrement chez les professionnels de cet instrument, peut-il exercer sur l'audition une influence défavorable ? La solution de cette question a tenté M. Blegrad, assistant de la

Clinique laryngologique de l'hôpital communal de Copenhague et il a publié le résultat fourni par l'examen des oreilles de 371 demoiselles du téléphone.

On y voit tout d'abord que le travail constant au téléphone n'amène aucune diminution de l'acuité auditive, pas plus du reste, à l'encontre de ce que prétendent parfois les téléphonistes, qu'il ne détermine une augmentation réelle de cette acuité. Cette augmentation ne serait qu'apparente, résultant d'une accommodation de l'oreille plus grande, par le fait qu'elle s'habitue à s'abstraire des bruits venant du dehors, ainsi que des bruits accessoires du téléphone lui-même. Cette accoutumance spéciale explique l'aptitude un peu moins grande, semble-t-il, à percevoir les sons graves, alors que la limite supérieure de la perception des sons ne paraît nullement influencée.

En résumé, il ne paraît nullement démontré à M. Blegrad que la profession de téléphoniste puisse, par elle-même, porter préjudice à une oreille originairement saine, chez une personne bien portante en général, en dehors de certains accidents d'ailleurs assez fréquents en téléphonie, tels que décharge électrique par court-circuit ou bruits particulièrement intenses, accident susceptible de donner un coup de fouet à des affections de l'oreille préexistantes en état de latence, ou même de créer de toutes pièces une maladie de cet organe.

Il n'en est pas moins indiqué de soumettre les candidates aux fonctions de demoiselles du téléphone à un examen otologique complet et de n'accepter que celles qui jouissent de l'intégrité parfaite des organes de l'audition.

M. Blegrad a vu encore que, dans des cas rares, et suivant toute vraisemblance chez des nerveux seulement, le métier de téléphoniste peut déterminer des maux de tête et des phénomènes variés du côté des oreilles, tels que douleurs, sensations de plénitude, de pression..., aussi estime-t-il que les personnes anémiques, nerveuses ou prédisposées, de par leurs antécédents, aux troubles nerveux, devraient être dissuadées de se faire téléphonistes.

# BIBLIOGRAPHIE

*Mécanothérapie, Rééducation, Sports, Méthode de Bier, Hydrothérapie*, par MM. Fraikin, Grenier de Cardenal, Costensoux, Tissié, Delagenière, Pariset, 1 vol., in-8° cartonné de 400 pages avec 114 figures, J.-B. Baillière, éditeur.

Cet ouvrage fait partie de la *Bibliothèque de Thérapeutique* dirigée par le professeur Gilbert et M. Carnot, il forme le quatrième volume de la série consacrée à la *physiothérapie*. Cette branche de la science thérapeutique a fait dans ces dernières années des progrès incontestables et le médecin est obligé d'être très au courant de ces questions qui commencent à être connues du public. Jusqu'ici, les écrits sur la physiothérapie et surtout sur la mécanothérapie, le sport et la rééducation se trouvaient disséminés dans des revues spéciales, il était donc utile de rassembler toute cette documentation dans un livre. En s'adressant, pour chaque sujet, à l'auteur le plus compétent, les directeurs de la bibliothèque de thérapeutique ont eu une excellente idée, car ils ont ainsi obtenu une série de monographies des plus intéressantes. L'apparition de cet ouvrage rend donc un service incontestable au praticien.

*Atlas de Radiologie normale*, par MM. Hauchamps, Klynens et Mahaux, 1 vol. in-4° cartonné de 308 pages avec 153 planches, schémas et radiogrammes de grandeur naturelle. Bruxelles, E. Goosens. Paris, O. Doin, éditeur.

Le jugement d'une radioscopie ou d'une radiographie n'est pas une chose simple, car beaucoup d'erreurs de vision peuvent tromper l'appréciation du médecin. Pour arriver à un résultat, la première condition est d'être très au courant des images normales. On possède beaucoup d'ouvrages qui donnent des radiographies pathologiques, mais on était fort dépourvu pour étudier les faits normaux, aussi peut-on affirmer que l'atlas excellent de M. Hauchamps, directeur du laboratoire de radiologie des hôpitaux de Bruxelles, et de ses collaborateurs, MM. Klynens et Mahaux, tous deux fort versés dans la science nouvelle, vient à son heure.

*Thérapeutique clinique*, par H. Huchard, médecin de l'hopital Necker, 1 vol. in-8° de 636 pages, J.-B. Baillière, éditeur. Prix : 12 francs.

C'est assurément l'un de ses meilleurs livres que le célèbre médecin de Necker présente aujourd'hui au public médical sous la forme de leçons, dont chacune représente une sorte de consultation très détaillée, qui ont fait l'objet de son enseignement dans le cours des deux dernières années. Pour apprécier justement l'importance de cette publication, il faut se reporter au moment où apparurent les cliniques thérapeutiques de Dujardin-Beaumetz. Huchard a le *don* de l'enseignement. Il sait parler

clair, trouver l'image qui fixe l'attention et force la compréhension et, en lisant ces leçons si limpides, on ne peut pas ne pas regretter que les conventions scolastiques qui ligotent la Faculté de médecine aient privé l'Ecole de Paris de cet admirable professeur.

Je ne crois pas qu'il puisse exister de meilleur guide pour l'étudiant ou le praticien que cet excellent volume de *Thérapeutique clinique* qui rassemble dans ses 650 pages tout ce que l'on a besoin de savoir pour le traitement des principales maladies qui se présentent à notre pratique, avec le plus de difficultés thérapeutiques.

A lire par tous, les six premiers chapitres, remarquables discours qui résument de manière magistrale les idées de l'auteur sur la thérapeutique générale. Puis viennent dix chapitres consacrés aux dyspepsies, parmi lesquels on trouve un excellent tableau de la cure hydro-minérale des dyspepsies.

Le cœur, ou plutôt l'appareil vasculaire est toujours, et avec raison, car c'est la partie de la médecine où il a le plus de maîtrise, la grosse préoccupation de M. Huchard, aussi revient-il sans cesse, mais avec une merveilleuse diversité, sur ce sujet si important, si mal connu malgré sa simplicité. On trouvera dans le nouvel ouvrage vingt chapitres absolument nouveaux, par la façon dont ils sont traités, consacrés au traitement des affections cardio-vasculaires.

Enfin, les dernières pages traitent de la saignée et du vésicatoire envisagés suivant les conceptions modernes. Dans toutes ces lecons si vivantes et si personnelles, on est agréablement surpris par l'originalité et la souplesse vraiment extraordinaires de la rédaction, car l'auteur y déploie une vivacité et une ardeur où l'on retrouve complètement le brillant orateur qui a su faire de son service et de sa clinique un centre d'enseignement très suivi des médecins et des étudiants.

G. BARDET.

*Diagnostic et traitement des maladies de l'estomac*, par GASTON LYON, 1 vol. in-8° cartonné de 724 pages, avec 14 schémas radioscopiques, Masson, éditeur. Prix : 12 francs.

M Gaston Lyon jouit d'un rare privilège, il a su conquérir une place fort enviée, parmi les écrivains et les cliniciens, quoiqu'il ne soit pas ce qu'on appelle un *officiel*. Il n'en a que plus de mérite, car pour arriver à ce résultat il a fallu qu'il s'impose par des qualités incontestables. Par suite d'un labeur incessant, il a su marquer sa place parmi les spécialistes du tube digestif et son nouvel ouvrage vient apporter au médecin un guide excellent pour l'étude et le traitement des maladies de l'estomac. On y trouve des idées personnelles très saines et une mise au point complète. Plus on va et plus on reconnaît que la pathologie digestive domine l'ensemble des maladies chroniques, il faut donc que chaque médecin possède admirablement la clinique de l'estomac, on ne peut que le féliciter de voir mettre à sa disposition des ouvrages aussi consciencieux et utiles que celui de M. Lyon.

G. B.

*Formulaire thérapeutique*, par Gaston Lyon et P. Loiseau, 6e édition, revue et augmentée, avec la collaboration de MM. Delherm et Paul-Emile Lévy, pour les parties spéciales. Un vol. in-18 de 751 pages, tiré sur papier indien extra-mince, relié maroquin souple, Masson, éditeur. Prix : 7 francs.

Le formulaire Lyon a été l'un des grands succès de librairie, comme le prouvent les éditions successives qui s'écoulent depuis son apparition. La nouvelle édition comprend deux additions importantes, méthode de Bier, électricité et mécanothérapie.

*La pratique thérapeutique*, par MM. Courtois-Suffit et Trémolières, 1 vol. in-8° cartonné de 704 pages, O. Doin, éditeur. Prix : 12 francs.

Préfacé par M. le professeur Albert Robin, cet ouvrage se présente au public médical comme un bon livre de pratique professionnelle. Si j'osais (et pourquoi pas?) je dirais que c'est un véritable livre de cuisine professionnelle. Et en portant ce jugement j'estime faire aux auteurs le meilleur compliment.

Dans la pratique courante, en effet, nous avons besoin de bons *mementos*, de guides sûrs, très complets et très au courant des nouveautés. C'est à cela que servent les formulaires, seulement ce genre d'ouvrages est trop résumé. Avec son bon sens pratique bien connu, Courtois-Suffit, averti par sa pratique journalière des hôpitaux, a compris qu'il y avait mieux à faire et il a entrepris, avec la collaboration de M. Trémolières, la rédaction d'un bon formulaire raisonnée des médications.

Nous ne saurions mieux donner une idée de l'ouvrage qu'en citant les conclusions de la préface de M. le professeur Albert Robin : « Le livre de MM. Courtois-Suffit et Trémollières tient du traité magistral, en ce qu'il fixe les indications à remplir dans une affection déterminée et qu'il donne un court schéma de la médication à instituer. Il tient du formulaire, par le nombre de formules bien choisies qu'il expose, en ayant soin d'en indiquer le mode d'emploi plus minutieusement qu'on ne le fait d'ordinaire et en montrant la manière dont elles s'adaptent aux indications. Il a donc sa personnalité distincte, qui en fait l'ouvrage de choix qui manquait à la littérature médicale. »

G. B.

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Thérapeutique médicale.

**Sur la chlorose considérée comme une maladie spécifique et son traitement spécifique par le fer**, par le Dr F.-W. WARFWINGE (*Nord. Med. Arkiv.*, 1907, 2e partie, fasc. 1, n° 3). — Au lieu de ranger la chlorose sous la rubrique vague et indéterminée d'anémie, on doit la considérer comme une maladie tout à fait spécifique et essentielle.

Elle se signale par une apparition spontanée sans cause appréciable.

Au point de vue étiologique, on doit la considérer comme indépendante de tout ce qui produit l'anémie, du manque d'une bonne nourriture, et d'autres conditions antihygiéniques, des troubles digestifs, des troubles du système nerveux, de l'hérédité, etc. ; de même qu'elle ne dépend, sous aucun rapport, de ce qu'on appelle la constitution infantile de l'appareil génital et circulatoire.

Elle a pour caractère de se rencontrer exclusivement ou presque exclusivement dans le sexe féminin et à l'époque de la puberté.

Le tableau clinique de cette maladie est tout à fait caractéristique : la coloration pâle de la peau et des muqueuses, la bonne nutrition maintenue en général, le souffle veineux et en particulier la constitution du sang forment les symptômes les plus importants.

Parmi ceux-ci, la diminution de la teneur en hémoglobine, relativement beaucoup plus grande que la diminution du nombre des globules ne le ferait supposer, est le symptôme prédominant.

La nature de la chlorose est encore obscure, mais elle doit consister en une certaine altération du sang constituée par une néoformation défectueuse des globules rouges, dont la nature intime est altérée en ce sens qu'ils ne peuvent plus assimiler, en

quantité suffisante, l'hémoglobine si nécessaire à leur fonction normale.

Plusieurs faits viennent à l'appui de l'hypothèse que l'empêchement à remplir leur fonction normale est causé par un poison qui réduit la propriété catalytique du protoplasma des globules rouges.

De nombreuses circonstances tendent à faire considérer la chlorose comme une maladie infectieuse accompagnée de la formation de substances toxiques (processus typique, quelquefois légèrement fébrile, tendance aux récidives, apparition épidémique...).

En ce qui concerne le traitement, la seule action utile est exercée d'une façon éclatante et spécifique par le fer.

L'effet favorable et prompt des injections sous-cutanées de fer montrent que l'action de celui-ci n'est pas une action locale s'accomplissant dans le tube digestif.

Cette action spécifique contre la chlorose est produite aussi bien par les médicaments inorganiques ferrugineux que par les composés organiques comme les albuminates de fer où le fer est mis en évidence par les réactifs ordinaires.

Au contraire, sont tout à fait inactifs les composés ferrugineux qui, comme le ferrocyanure de potassium d'une part, l'hémoglobine, hématine, l'hémol et autres produits similaires d'autre part, qui maintiennent le fer si fortement combiné, qu'ils le dissimulent à ses réactifs usuels.

La chlorose exige pour son traitement des préparations inorganiques ou organiques de fer telles qu'elles soient plus ou moins dissociées dans le sang ou les autres liquides de l'organisme, pour pouvoir exercer l'action intégrale d'agent ferrugineux.

On doit supposer que le fer médicamenteux n'est pas assimilé et ne pénètre pas dans la molécule d'hémoglobine pour remplacer celui qui fait défaut.

Car si l'assimilation du fer médicamenteux avait lieu, son emploi dans le traitement de la chlorose n'aurait pas sa raison d'être, puisque tout le monde est d'avis que, sous ce rapport, les

composés ferrugineux se trouvant dans les aliments seraient beaucoup mieux appropriés pour la formation d'hémoglobine.

De même, l'hypothèse que les préparations de fer dans la chlorose exercent une excitation puissante sur l'hématopoièse des cellules de la moelle des os est tout aussi improbable, puisqu'on n'a jamais pu trouver d'altérations morbides de la moelle dans les cas de chlorose étudiés. On devrait alors supposer que, sous l'influence des ions Fe mis en liberté par la dissociation des médicaments ferrugineux dans les liquides de l'organisme, le processus formatif de l'hémoglobine diminué dans cette maladie est fortement stimulé, en ce que les ions Fe comme catalysateurs activent la décomposition des substances toxiques qui existent vraisemblablement dans le sang et empêchent la formation de l'hémoglobine.

Cette action catalysatrice serait proportionnelle à la concentration des ions-fer.

Pour la guérison rapide et sûre de la chlorose, il en résulte que les doses de fer doivent être élevées (principalement quand une grande partie du fer n'est pas résorbée dans le tube digestif); une cure d'eaux minérales ferrugineuses serait de peu de profit.

Le traitement doit être continué longtemps (au moins six semaines environ), jusqu'à ce que le sang soit revenu complètement à l'état normal.

**Influence du massage de la région rénale sur les échanges dans les néphrites.** — Sur les conseils du professeur TEDESCHI, le Dr A. CALLISTO (*Gazzetta d. Ospedali*, 1907, n° 117) s'est proposé de rechercher comment se comportent les échanges dans les néphrites sous l'influence du massage de la région rénale, c'es-à-dire les modifications qui peuvent se produire dans l'élimination de l'albumine, et il a recherché, en outre, quelle espèce d'albumine prédomine sous l'influence du massage.

Ces essais exécutés sur des individus sains tout d'abord furent ensuite appliqués à des néphritiques. Chez ces derniers les recherches avaient pour but unique de voir si, par ce massage, il

pouvait en résulter une amélioration ou une recrudescence de l'affection rénale.

Les malades, placés dans des conditions favorables toujours identiques au point de vue de la diète et du repos, les examens étaient constamment pratiqués le matin et les analyses d'urine étaient exécutées au même moment de la journée.

La technique suivie était celle de J. Schreiber. La vessie une fois vidée de son contenu, on recueillait ensuite l'urine émise dans un intervalle de 1 heure et demie dans un récipient aseptique et immédiatement après on procédait au massage. Le malade est placé dans le décubitus dorsal, sans coussin sous la tête, les jambes fléchies et un peu écartées pour obtenir le maximum de relâchement de la paroi abdominale, on place la main gauche sous la région rénale, on soulève la région et avec la main droite, déprimant la paroi abdominale au niveau du rebord costal, on cherche à atteindre le pôle inférieur du rein, puis on exerce avec les deux mains un massage sous forme de friction des régions postérieure et antérieure de la paroi abdominale pendant 15 minutes.

On recueillait l'urine pendant une période de temps égale à la précédente, c'est-à-dire 1 heure et demie.

Les cas de néphrite examinés étaient au nombre de 6.

Il résulte de cette étude que, dans la néphrite aiguë parenchymateuse, on constate, après le massage, une augmentation de l'albumine, un abaissement constant de la quantité d'urine et une tendance à la diminution des chlorures et du rapport de l'azote uréique à l'azote total. La précipitation fractionnée a montré que l'augmentation de l'albumine est constituée par de la globuline.

Des résultats tout contraires furent obtenus dans les néphrites interstitielles chroniques où on remarque une diminution constante de l'albumine, tandis que les chlorures, à peu d'exception près, tendent à augmenter après le massage ; il n'en est pas de même pour la partie aqueuse.

Dans les sédiments urinaires, l'auteur a toujours observé, dans les deux formes de néphrites, un notable accroissement des élé-

ments cellulaires et des cylindres. Dans les formes aiguës, après le massage, il constata l'apparition de cellules rénales quand elles n'existaient pas avant, ou un accroissement de ces cellules quand elles existaient déjà avant le massage.

En résumé, le massage de la région rénale est nuisible dans les néphrites parenchymateuses aiguës, tandis qu'au contraire, dans les néphrites interstitielles, elle produit des améliorations.

En ce qui concerne les éléments pathologiques de l'urine, la densité de l'urine augmente, de même que l'azote total et les chlorures.

Dans les néphrites interstitielles, la perméabilité rénale pour l'albumine diminue, tandis que le rein tend à recouvrer ses fonctions normales.

Dans les néphrites parenchymateuses, sous l'influence du massage, l'albumine augmente constamment, la diurèse diminue et l'élimination des chlorures tend à diminuer.

## Hygiène et toxicologie.

**La désinfection à froid par le formol.** — Les propriétés désinfectantes du formol ne sont pas utilisées autant qu'elles devraient l'être. Cela tient à ce qu'il faut recourir à l'emploi d'appareils très coûteux et parfois dangereux à conduire. Voici un procédé d'une application facile.

Supposons qu'il s'agit de désinfecter une pièce de 100 mètres cubes. Pour le faire, il faut prendre 2 kilogrammes de permaganate de potasse, 2 kilogrammes de formol de commerce, c'est-à-dire de la solution à 40 p. 100, et 2 litres d'eau, placer le tout dans un récipient à large ouverture en versant d'abord le permanganate puis le mélange formol-eau ; se retirer en fermant la pièce à désinfecter qui aura dû être préalablement calfeutrée en collant des bandes de papier le long des joints des ouvertures, pour empêcher le formol de se dégager au dehors.

Le mélange mousse beaucoup, aussi fera-t-on bien de ne pas mettre plus de 1 kilogramme de chaque ingrédient dans un vase

de 25 litres. Pour éviter de tacher le plancher, poser les récipients sur de vieux linges.

Au bout de six heures, la désinfection est achevée ; ouvrir la porte et aérer pour chasser les vapeurs de formol, ou bien les neutraliser en laissant évaporer de l'ammoniaque.

Ce procédé a pour lui l'avantage du bon marché, de la simplicité et de l'absence de risques d'incendie. On peut l'utiliser partout, mais il convient surtout pour la désinfection en grande surface des étables, écuries, laiteries, fromageries, écoles communales, hôpitaux...

**Les troubles visuels dus à l'abus de l'alcool et du tabac.** — L'usage *excessif* des boissons alcooliques, combiné ou non, à l'usage *excessif* du tabac entraîne chez un grand nombre de sujets une diminution de la vue, progressive, à marche le plus souvent lente, mais arrivant à supprimer l'exécution de bien des travaux et à mettre le malade dans l'impossibilité de gagner sa vie.

Les *professions* les plus touchées sont, après celles de marchand de vins, cafetier, négociant, et surtout représentant en spiritueux, les cochers, cuisiniers et ouvriers.

Le *sexe* ne fait rien à l'affaire, quoique la vision soit plus fréquemment atteinte chez les cuisinières et les marchandes des quatre saisons. L'*âge* ne paraît pas avoir d'influence décisive.

Les *antécédents* et les *conditions d'existence* sont importants, d'abord les sujets débiles sont plus souvent touchés que les sujets de puissante complexion et d'une bonne santé générale. La mauvaise nourriture, les privations jouent un rôle décisif. Il y a un certain équilibre quand le buveur mange bien et travaille fortement au grand air.

Le genre d'alcoolisation comporte toutes les variétés, isolées ou réunies. Le simple buveur de vin, qui arrive de temps à autre à l'ivresse, est plus rarement, moins gravement touché que l'alcoolique banal et éclectique qui ne s'enivre jamais, que l'homme à breuvages compliqués et que le solitaire usant de tous les modes

connus, inédits et personnels d'intoxication. La goutte creuse plus facilement la pierre que la trombe liquide espacée.

Le *tabac seul* provoque tout à fait rarement l'affaiblissement de la vue, mais il constitue une cause adjuvante des plus réelles chez l'alcoolique. Le *tabac à priser* n'est qu'un toxique : la *chique* est discutée comme facteur de gravité.

L'*alcool méthylique* ou alcool de bois dépasse tous les autres comme toxique. On sait qu'il existe fréquemment dans de nombreux produits pharmaceutiques ou de produits de parfumerie, que les alcooliques ne dédaignent pas toujours, puisque certaines femmes de chambre ont dû être renvoyées à cause de la consommation régulière qu'elles faisaient d'Eau de Cologne ou d'Elixirs dentifrices.

La vision de *loin* est atteinte quoique, sauf dans les cas extrêmes, le malade puisse se conduire. Mais son acuité visuelle a baissé, il ne lit plus les noms des rues, les enseignes au grand soleil surtout, il est immobilisé sur les vastes places ou avenues blanches de lumière : il subit des accidents de voiture et redoute de traverser de grands espaces.

Les *signes visuels* sont des plus nets, et à peu près toujours d'emblée bilatéraux, avec une intensité sensiblement égale. Le *malade voit d'autant mieux que la lumière est plus faible.* Le cocher, le livreur alcooliques sont éblouis, quasi aveuglés *au grand jour ;* quand le jour tombe leur vision s'améliore.

Les *troubles pour les couleurs* coexistent. Beaucoup de sujets s'inquiètent peu de la difficulté croissante à lire, à enfiler une aiguille, à exécuter des travaux fins. Mais ils sont particulièrement affectés quand ils s'aperçoivent qu'ils distinguent moins les couleurs rouges et vertes et surtout lorsqu'ils arrivent à confondre les pièces d'or et d'argent.

Ils comprennent alors la nécessité de se soigner : en dehors du régime et de la médication nécessités par l'état de l'œil, la suppression absolue du tabac et des boissons spiritueuses s'impose au premier chef.

# FORMULAIRE

## Traitement de l'acné hypertrophique du nez.

(SABOURAUD.)

Masser chaque jour le nez pour faire sortir la matière sébacée. Après le massage, rincer et, pendant la nuit, appliquer la pommade :

| | | |
|---|---|---|
| Eau de roses | 30 | gr. |
| Liqueur d'Hoffmann | 60 | » |
| Soufre précipité | 10 | » |

## Contre les engelures ulcérées.

(MALCOM MORIS.)

Badigeonner de teinture de benjoin et faire un pansement avec :

| | | |
|---|---|---|
| Oxyde de zinc | 28 | gr. |
| Lanoline | 4 | » |
| Huile d'olive | 30 | » |
| Eau de chaux | 30 | » |

## Pommade contre le psoriasis.

| | | |
|---|---|---|
| Huile de Cade | 80 | gr. |
| Talc | 20 | » |
| Poudre d'oxyde de zinc | 100 | » |

Cette pommade ne salit pas le linge comme l'huile de Cade; de plus, son adhérence à la peau permet de n'en renouveler l'application que tous les 2 jours.

*Le Gérant :* O. DOIN.

Paris. — Imprimerie LEVÉ, rue Cassette, 17.

# LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## DIX-HUITIÈME LEÇON

### Traitement du prurigo,

par M. le professeur Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

I

La connaissance de quelques-uns des éléments pathogéniques d'un état morbide peut devenir le point d'attache d'un traitement dont l'issue fixera la valeur qu'il convient d'attribuer à ces éléments. Suivant le vieil aphorisme hippocratique, la véritable nature de la maladie est alors démontrée par le succès du traitement.

Cette Leçon va nous en fournir un exemple, car je vais vous montrer combien rapidement l'on peut guérir une variété de prurigo qui comprend les fermentations gastriques parmi les termes de sa pathogénie. Au point de vue de leur traitement, ces prurigos-là relèvent de la médecine générale bien plus que de la dermatologie proprement dite.

Les prurigos formaient, en dermatologie, un groupe assez mal déterminé, jusqu'au moment où dans une retentissante communication, M. E. Besnier, au Congrès de Londres, en fit une classification qui est à peu près adoptée par tous aujourd'hui.

Il faut considérer d'abord les *prurits simples* qui relèvent de causes externes, telles que les parasites, par exemple, ou de causes internes et généralement toxiques, telles que de l'absorption de certains médicaments (antipyrine, copahu, etc.), de l'ingestion d'aliments avariés, de l'ictère, du diabète, de la goutte, de la leucémie, de la grossesse. Dans ces prurits

de cause interne, rentrent ceux que l'on observe aux saisons de transition, et encore ceux des vieillards chez qui ils prennent une violence et une persistance parfois redoutables.

Les prurits sont caractérisés par l'unique symptôme démangeaison, sans modification initiale de la peau. Mais, plus ou moins vite, le grattage et l'infection aidant, apparaissent des troubles, puis des lésions cutanées (érythrodermie, urticaire, infiltrations dermiques, lichénification, eczématisation).

Lorsque le symptôme prurit s'accompagne des papules typiques, le prurigo vrai est constitué, et c'est sur ces papules que viendront se greffer les lésions précédentes.

On distingue les prurigos en aigus et chroniques.

Les variétés principales du *prurigo aigu* sont le simplex, le subaigu et l'atypique dans lequel les papules manquent et où les altérations cutanées sont figurées par un eczéma disséminé très prurigineux.

Les *prurigos chroniques* ont pour type le prurigo de Hebra, caractérisé par le prurit avec papules, lichénification et eczématisation en placards. Cette affection débute dès l'enfance et est considérée comme à peu près incurable.

Vient maintenant le prurigo diathésique de E. Besnier qui diffère du prurigo de Hebra par l'absence de papules et par la guérison possible.

De cette rapide revue, concluons avec E. Besnier qu'on doit désigner, sous le nom de prurigo, toute affection cutanée dont le prurit est chronologiquement le premier symptôme et demeure le symptôme prédominant, au cours de l'évolution. A ce prurit initial s'ajoutent, suivant les cas, des papules, de lichénifications, des eczématisations qui sont provoquées par le grattage, les excitations extérieures et les infections surajoutées.

Ce prurit initial, antérieur et supérieur aux lésions objectives, reconnaît comme condition, d'après E. Besnier, une toxidermie qui résulte elle-même d'une adultération sanguine avec insuffisance de la dépuration urinaire. De fait, dans tous les prurigos, on trouve de l'éosinophilie (1).

Jadis, on invoquait l'action du système nerveux. Mais E. Besnier a établi qu'aucun prurigo ne pouvait être attribué à un trouble fonctionnel de l'innervation, et que, si le système nerveux entrait en cause à un moment donné, ce n'était que pour faire varier l'intensité du prurit, suivant les dispositions individuelles des sujets.

En somme, la genèse des prurigos se résume en une cause interne du prurit, des lésions du sang, la toxidermie prurigineuse, et des lésions cutanées secondaires par grattage et infection. Cette conception ne comporte qu'une seule inconnue, à savoir la cause interne du prurit. Si nous parvenons à la trouver, le problème du traitement se posera en termes fort simples, qui seront de supprimer cette cause, pour pouvoir traiter avec succès les lésions dues au grattage et à l'infection, lésions qui manqueront désormais de substratum. Cette deuxième partie du traitement pourra relever, dans quelques cas anciens, du dermatologiste; mais la recherche et le traitement de la cause première de la toxidermie prurigineuse relèvent uniquement du médecin ordinaire.

Or, cette recherche, je vais la faire chez un de nos malades chez qui elle se présente pourtant avec une complexité bien faite pour nous désorienter.

(1) Albert Robin. *Les maladies de l'estomac*, 2e édit., p. 894, Paris, 1904.

II

Un ébéniste âgé de 63 ans est atteint d'un prurigo intense qu'on serait tenté, vu son âge, de ranger dans les prurigos séniles. Mais écoutez d'abord son histoire pathologique qui est extrêmement chargée.

En 1864, étant aux colonies, il a eu la fièvre jaune; en 1880, une crise de rhumatisme articulaire aigu; en 1891, une affection qui rappelle la gangrène pulmonaire. En 1892, il tombe d'un échafaudage, se fêle le crâne et se fracture une côte. A la suite de cet accident, il est pris d'une polyurie sans glycosurie, atteignant jusqu'à 18 litres par jour, et de polyphagie, qui durèrent plusieurs mois, mais finirent par guérir.

En 1901, première atteinte de prurigo qui s'eczématisa rapidement. Le malade fut soigné à l'hôpital Saint-Louis et mit plusieurs mois à guérir.

En 1905, bronchite avec expectoration fétide et fièvre, qui fut considérée comme une poussée dans l'ancien foyer de gangrène pulmonaire.

Il entre dans nos salles, le 17 janvier 1907, dans un bien triste état. Très amaigri, pâle, sans forces, il tousse beaucoup et expectore des crachats nummulaires chargés de bacilles de Koch. Il a une caverne au sommet du poumon gauche et de l'infiltration tuberculeuse à droite.

Ce n'est pas tout. Il est redevenu polyurique : il rend par jour six litres d'urines renfermant 3 gr. 25 d'acide phosphorique, un peu d'albumine, mais pas de sucre. Cette polyurie s'accompagne encore de polyphagie. Le malade demande instamment qu'on augmente sa portion. Il déclare qu'il digère parfaitement et qu'il ne sent pas son estomac, lequel clapote cependant jusqu'à l'ombilic. Le malade accuse encore des

vertiges et des bourdonnements d'oreilles. Ses artères sont indurées.

Mais, ce dont il se plaint surtout, c'est d'un prurit incessant. Ses jambes, son dos, ses bras, ses pieds et la face interne des doigts sont le siège d'incessantes démangeaisons. Il se gratte avec rage, constamment, au point de ne pouvoir dormir, ce qui accroît encore sa faiblesse. En certains points, la peau présente un peu de lichénification, mais les lésions de grattage dominent.

Le *diagnostic* le plus plausible paraissait être celui du prurigo chez un tuberculeux pulmonaire torpide, cavitaire avec polyurie phosphaturique et artério-sclérose, sur le compte de laquelle il paraissait vraisemblable de mettre les vertiges et les étourdissements.

Restait à fixer la cause du prurigo. Avec l'artério-sclérose, la polyurie phosphaturique, la déchéance de l'état général, l'âge, il ne manquait pas de raisons pour l'expliquer. Or, comme vous allez le voir, aucune de ces causes n'était légitime et le prurigo avait une toute autre origine.

III

En 1899, j'ai publié le résultat des recherches faites en collaboration avec le Dr Leredde (1), recherches d'où il résulte que chez tous les prurigineux que nous avons observés, au nombre de 30, même quand ils n'accusaient aucun trouble dans leur digestion, l'examen du chimisme stomacal décelait l'existence de fermentations gastriques. Il y avait là plus qu'une coïncidence.

---

(1) Albert Robin et M. Leredde. Du rôle des dyspepsies dans la genèse de quelques dermatoses. Pathogénie et indications thérapeutiques. *Bulletin de l'Académie de Médecine* et *Bulletin général de thérapeutique*, 1899.

Nous constatâmes, en outre, trois faits importants.

1° Chez les prurigineux eczématisés, la sueur avait une acidité presque double de la normale. Dans deux cas où l'on a pu recueillir un peu de sueur sous l'influence du jaborandi, cette acidité, exprimée en acide lactique, s'est élevée à 2,25 et à 3,75 pour 1000.

2° A l'état normal, pendant la sudation provoquée par le jaborandi, les premières gouttes de sueur sont assez acides; mais l'acidité diminue à mesure que la sudation se prolonge, et souvent cette sueur est à peine acide ou même neutre, à la fin de la sudation. Or, chez les prurigineux eczématisés, la sueur conserve son acidité augmentée jusqu'à la fin de la sudation.

3° Enfin, chez trois malades où les fermentations lactiques étaient très marquées dans l'estomac, nous avons constaté directement la présence de l'acide lactique dans la sueur.

Avec les faits précédents — prurigo, fermentations gastriques, éosinophilie, acide lactique dans la sueur — il serait facile d'édifier une *théorie pathogénique* dont l'observation nous a révélé les termes principaux, et de faire intervenir l'action du système nerveux ou telle question de terrain pour expliquer comment il se fait que tous les individus qui ont des fermentations gastriques ne souffrent pas de prurit. Mais le praticien n'a nul besoin de cette théorie qui viendrait confirmer la conception de E. Besnier en la complétant par la connaissance de l'élément causal de la toxidermie génératrice du prurit. Il lui importe seulement de savoir que, dans nombre de cas de prurigo, il existe des fermentations gastriques, et de chercher si, en traitant ces fermentations, il parvient à supprimer le prurit. S'il réussit, c'est qu'il existe entre ces deux éléments une relation de cause à effet; sinon, ils ne sont que contingents. Après

ceta, il sera toujours loisible de faire une théorie qui, alors, aura bien des chances d'être conforme à la réalité des faits.

Mais revenons à notre malade et étudions le fonctionnement de son estomac.

Vous vous rappelez qu'il ne souffre nullement de son estomac et qu'il déclare digérer parfaitement. Il a un excellent appétit, mais sa langue est saburrale, son haleine est presque fétide. Plusieurs heures après ses repas, alors que l'estomac aurait dû évacuer son contenu, celui-ci clapote jusqu'au niveau de l'ombilic. J'appelle encore votre attention sur les vertiges dont le sujet se plaint et qui peuvent aussi bien être imputables à sa digestion qu'à l'artériosclérose, qui est, en somme, peu marquée et qui ne s'accompagne que d'une faible hypertension artérielle.

L'examen du contenu stomacal, après repas d'épreuve, donne les résultats suivants :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Acide chlorhydrique libre | 0 gr. 20 | | | |
| Acide chlorhydrique combiné aux albubuminoïdes | 0 » 80 | | | |
| Acides de fermentation en HCl | 0 » 50 | | | |
| Acidité totale | 1 » 50 | — | Chlorhydrie | 1 gr. |

Soit une diminution de la chlorhydrie qui est normalement de 1 gr. 50 et une augmentation notable des acides de fermentation qui représentent 33 p. 100 de l'acidité totale, au lieu de la normale qui est d'environ 6 p. 100.

Les résultats de cette analyse concordaient si bien avec nos constatations antérieures chez les prurigineux, que je n'hésitai pas à mettre le prurigo rebelle sur le compte des fermentations gastriques et à leur rapporter aussi les

vertiges dont se plaignait notre malade. Vous allez voir comment le traitement sanctionna rapidement ce diagnostic.

IV

Ce *traitement* est bien simple, puisqu'il consiste uniquement à supprimer ou à modérer les fermentations gastriques, pendant qu'on met la peau à l'abri des excitations extérieures.

Il a un premier avantage, c'est de nous débarrasser de la cohorte des *médicaments dits antiprurigineux*. La liste en est longue et je ne suis pas sûr de vous la donner dans son intégralité. Vous repousserez donc chloral, bromures, valérianiques, belladone, jusquiame, datura stramonium, acide phénique, aconit, cyanure de potassium, acide cyanhydrique, gelsemium sempervirens, jaborandi, arsenicaux, quiniques, salicylate de soude, etc., qui, tous, ont été proposés comme sédatifs du prurit, et qui sont sans action sur ce que je considère comme sa cause essentielle.

Le traitement est donc exclusivement gastrique. Ses indications sont :

*A*. — De n'introduire dans l'estomac que des aliments aussi peu fermentescibles que possible ;

*B*. — De stimuler les fonctions gastriques, soit la fonction sécrétoire pour mieux assurer la chimification des aliments, et la fonction motrice pour éviter les stases qui sont l'une des conditions les plus urgentes des fermentations.

*C*. — De saturer les acides engendrés par les actes fermentatifs.

*D*. — De modérer directement les fermentations à l'aide d'agents qui inhibent l'action des ferments figurés sans influencer celle des ferments solubles, indispensables à l'évolution digestive.

Ces indications furent remplies par la prescription suivante :

1° Eliminer tous les aliments fermentés ou fermentescibles, tous ceux qui ne sont pas stérilisés par la cuisson, et encore les corps gras, les sauces, les fritures, les pâtisseries et le sucre. L'alimentation sera presque exclusivement végétarienne, avec un minimum d'aliments animaux, tels que le poulet rôti, et seulement au repas de midi. Eau pure comme unique boisson.

2° Pour stimuler l'activité gastrique, prendre le matin, au réveil, un demi-verre de *macération de quassia amara*, et VI gouttes de *teinture de noix vomique* ou une cuillerée à soupe de la solution suivante, dix minutes environ avant les deux principaux repas :

| | |
|---|---|
| Sulfate de strychnine | 0 gr. 03 |
| Eau distillée | 300 » |

Dissolvez.

3° Modérer directement les fermentations gastriques, en donnant, au milieu des repas, soit le *fluorure d'ammonium*, en cas de fermentations lactiques, soit l'*iodure double de bismuth et de cinchonidine*, en cas de fermentations butyriques, soit le *soufre iodé* quand dominent les fermentations gazeuses.

4° Saturer le contenu stomacal après chacun des trois repas, avec une des poudres suivantes délayée dans un peu d'eau :

| | |
|---|---|
| Hydrate de magnésie | āā 4 gr. |
| Bicarbonate de soude | |
| Carbonate de chaux précipité | 6 » |
| Poudre de belladone | 0 » 06 |

Mêlez exactement et divisez en 12 paquets.

La prise de cette poudre sera suivie de l'ingestion d'une petite tasse d'une infusion aromatique très chaude qui favorisera l'évacuation de l'estomac.

5° Lorsque entre deux repas l'évacuation de l'estomac se fait mal, que les aliments stagnent, fermentent et donnent naissance à des produits acides déterminant de la pesanteur, des tiraillements, des aigreurs ou des brûlures, sursaturer aussitôt par l'administration de la poudre de grosse saturation (1).

6° Assurer enfin la régularité des évacuations intestinales à l'aide de *pilules composées à l'aloès* dont vous connaissez la formule (2).

Reste le *traitement local.*

Chez notre malade, il n'y avait encore aucune lésion cutanée, en dehors de quelques plaques de lichénification et des stigmates du grattage. Il nous a suffi de pratiquer deux fois par jour des pulvérisations sur les régions les plus prurigineuses avec une *solution aqueuse de silicate de soude* à 2 p. 100, de laisser sécher et de poudrer largement ensuite avec la poudre suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Poudre d'amidon........................... | 60 | gr. |
| Oxyde de zinc............................. | 15 | » |
| Camphre pulvérisé......................... | 2 | » |

Mêlez exactement.

Ces applications doivent être complétées par quelques précautions dans l'hygiène du vêtement qui consistent en la suppression des étoffes de laine, de soie et de coton, et le port de linge de toile.

Quel a été le résultat de ce traitement?

Le prurit de notre malade durait sans répit depuis trois semaines, quand le traitement fut institué, le 3 février. Dès le 7, il s'atténuait assez pour qu'un sommeil de quelques heures fût possible. Le 11, les vertiges et les étourdisse-

(1) Voyez page 364, même tome.
(2) Voyez page 531, t. CLII, année 1906.

ments avaient disparu. Le 14, la guérison était complète et ne s'est pas démentie depuis deux semaines. Or, la suppression du prurit a eu pour conséquence le retour du sommeil avec une amélioration de l'état général qui s'est traduite par 1.800 grammes d'augmentation de poids, en moins d'un mois.

## V

Dans ce cas, le traitement local a été réduit aux simples pratiques de pulvérisations et d'applications d'une poudre isolante. Mais si le prurigo s'accompagne de lésions cutanées plus ou moins complexes, ce traitement local sera nécessairement plus actif, tout en insistant sur le traitement des fermentations gastriques.

L'histoire résumée d'une malade traitée avec succès dans ces conditions va nous servir d'exemple.

Il y a quelques années, entrait dans mon service une femme de soixante-six ans recouverte d'un eczéma si prurigineux que, depuis deux mois, cette malheureuse n'avait plus ni repos, ni sommeil. Elle était très amaigrie, presque cachectique. Les bras, les avant-bras, le dos et les cuisses étaient le siège de larges placards de lichénification et d'eczématisation.

L'examen du contenu stomacal, après repas d'épreuve, donna les chiffres suivants :

| | |
|---|---|
| Acide chlorhydrique libre.............. | 0 gr. 00 |
| — combiné aux albuminoïdes........ | 0 » 50 |
| — de fermentation en HCl........... | 0 » 70 |
| Acidité totale...... | 1 » 20 |

Les acides de fermentation, exprimés en acide lactique, s'élevaient à 1 gr. 70. Exprimés en HCl, ils constituaient 58 p. 100 de l'acidité totale.

L'anorexie étant absolue, je fus obligé de m'en tenir au

régime du *lait écrémé et stérilisé*, avec la saturation gastrique après chaque prise de lait et le *fluorure d'ammonium* au milieu de chaque prise.

Mais les lésions cutanées étaient trop importantes pour que le simple traitement local pût suffire. On commença donc par décaper et stériliser les placards lichénifiés et eczématisés, par l'application de compresses imbibées de la préparation ci-dessous :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lait d'amandes.................... | 250 | gr. | |
| Bichlorure de mercure.............. | 0 | » | 15 |
| Chlorhydrate d'ammoniaqu .......... | 0 | » | 15 |

*M. s. a.*

Dix jours après, on cessa ces applications et on commença les pulvérisations à l'aide de la solution silicatée suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Silicate de soude..................... | 0 | gr. | 20 |
| Bicarbonate de chaux................. | 2 | » | |
| Sulfate de chaux...................... | 0 | » | 05 |
| — de magnésie.................. | 2 | » | |
| Chlorure de sodium................... | 10 | » | |
| Eau pour un litre...................... | Q. | s. | |

Parmi les sels qui entrent dans cette composition, il en est d'insolubles, le bicarbonate et le sulfate de chaux. Aussi, faut-il recourir à un artifice de préparation que j'ai réglé avec l'aide de M. Bournigault. Dans un demi-litre d'eau de Seltz du commerce, ajouter le sulfate de chaux, puis 22 cc. 2 d'une solution de chlorure de calcium à 5 p. 100, et enfin 21 cc. 2 d'une solution de carbonate de soude neutre à 5 p. 100. Il se fait, par double décomposition, du chlorure de sodium et du carbonate de chaux naissant qui, au contact de l'acide carbonique de l'eau de Seltz, se transforme en bicarbonate de chaux qui reste en dissolution. Au moment du mélange, le liquide se trouble ; mais en agitant, le trouble disparaît. On dissout séparément le silicate de

soude, le sulfate de magnésie, et le chlorure de sodium, chacun séparément dans 50 grammes d'eau, que l'on introduit successivement dans la solution gazeuse. Et l'on complète le litre avec de l'eau ordinaire.

Au lieu de cette préparation complexe, on peut, à la rigueur, user de la solution simple de silicate de soude formulée plus haut, ou encore de l'eau minérale de *La Roche-Pozay*, à laquelle M. Morichau-Beauchant a reconnu des propriétés anti-prurigineuses et qui semble agir par les silicates et les conserves qu'elle contient.

En se desséchant, cette solution silicatée composée recouvre la peau d'un mince enduit protecteur. Mais cela n'est pas suffisant, et il faut la mettre complètement à l'abri de l'air, à l'aide d'un des moyens habituels de la dermatothérapie, à savoir une des nombreuses *colles médicamenteuses*, une *lame de caoutchouc*, un *emplâtre de Vidal*, etc.

Mais aucun de ces moyens ne m'a paru valoir comme commodité et comme efficacité le vieux *baume du commandeur de Permes*, dont voici la formule :

| | |
|---|---|
| Racines d'angélique | 1 gr. |
| Fleurs d'hypericum | 2 » |
| Alcool à 80° | 72 » |

Laisser macérer huit jours, filtrez et ajoutez à l'alcoolature :

| | |
|---|---|
| Aloès | âââ 1 gr. |
| Myrrhe | |
| Oliban | |
| Baume de tolu | ââ 6 gr. |
| Benjoin | |

*F. s. a.* Baume.

Dans les cas anciens et rebelles, il y a avantage à porter la dose d'*aloès* à 3 et 4 grammes.

Appliquer ce baume chaque jour, à l'aide d'un large pin-

[redacted]



soude, le sulfate de magnésie, et le chlorure de sodium, chacun séparément dans 50 grammes d'eau, que l'on introduit successivement dans la solution gazeuse. Et l'on complète le litre avec de l'eau ordinaire.

Au lieu de cette préparation complexe, on peut, à la rigueur, user de la solution simple de silicate de soude formulée plus haut, ou encore de l'eau minérale de *La Roche-Pozay*, à laquelle M. MORICHAU-BEAUCHANT a reconnu des propriétés anti-prurigineuses et qui semble agir par les silicates et les conserves qu'elle contient.

En se desséchant, cette solution silicatée composée recouvre la peau d'un mince enduit protecteur. Mais cela n'est pas suffisant, et il faut la mettre complètement à l'abri de l'air, à l'aide d'un des moyens habituels de la dermatothérapie, à savoir une des nombreuses *colles médicamenteuses*, une *lame de caoutchouc*, un *emplâtre de Vidal*, etc.

Mais aucun de ces moyens ne m'a paru valoir comme commodité et comme efficacité le vieux *baume du commandeur de Permes*, dont voici la formule :

| | |
|---|---|
| Racines d'angélique | 1 gr. |
| Fleurs d'hypericum | 2 » |
| Alcool à 80° | 72 » |

Laisser macérer huit jours, filtrez et ajoutez à l'alcoolature :

| | |
|---|---|
| Aloès | âââ 1 gr. |
| Myrrhe | |
| Oliban | |
| Baume de tolu | ââ 6 gr. |
| Benjoin | |

*F. s. a.* Baume.

Dans les cas anciens et rebelles, il y a avantage à porter la dose d'*aloès* à 3 et 4 grammes.

Appliquer ce baume chaque jour, à l'aide d'un large pin-

ceau, sur les parties atteintes. En s'évaporant, l'alcool les laisse recouvertes d'un mince vernis jaunâtre. On hâte l'évaporation, par quelques coups d'éventail, pour faire cesser au plus vite la légère cuisson que cause l'alcool. Une à deux couches suffisent. Si l'on en mettait davantage, il se produirait des craquelures et le vernis s'effriterait en petites plaques dont les bords pourraient irriter la peau.

Ces applications ont pour effet d'intercepter complètement le contact de l'air. Elles exercent une action antiseptique certaine, calment le prurit et hâtent la guérison des lésions cutanées.

On répétera chaque matin la pulvérisation à chaud de l'eau silicatée composée pour enlever la plus grande partie de la couche de baume appliquée la veille, avant de faire un nouvel enduit.

Chez notre malade, les bons effets de cette médication ne tardèrent pas à se manifester. Au bout de sept jours, le sommeil était revenu. Huit jours plus tard, le prurit avait disparu, et l'eczéma commençait à s'améliorer. Trois semaines plus tard, la malade quittait l'hôpital, complètement guérie.

A la même époque, nous traitions un homme de cinquante ans, atteint du prurigo de HEBRA depuis vingt ans et déclaré incurable. Deux mois de notre traitement suffirent pour amener chez ce sujet une guérison inespérée.

## VI

Maintenant que la pratique a parlé, nous pouvons nous permettre une *théorie pathogénique*. Un grand nombre de prurigos reconnaissent, comme cause première, des fermentations gastriques dont les produits acides seraient une des conditions de l'adultération du sang et de l'éosinophilie en particulier et produiraient l'irritation prurigineuse, lors de

leur élimination cutanée. L'intensité du prurit serait fonction de la quantité d'acide éliminé et des réactions nerveuses du sujet. Que soient exacts ou non tous les termes de cet essai de pathogénie, il n'en résulte pas moins que le traitement des fermentations gastriques chez les prurigineux qui en ont, pourra réaliser la guérison du prurit avec une rigueur qui frise la certitude.

N'allez pas conclure après ces observations que ce traitement s'applique à tous les prurigos, sans exception. Il en est certainement qui reconnaissent une autre origine que les fermentations gastriques, mais je suis convaincu qu'ils sont relativement rares. Pour ces cas-là, notre traitement serait insuffisant, et la parole reviendra aux dermatologistes qui, par l'emploi des ressources que l'électricité met à leur disposition, telles que les courants de haute fréquence, l'effluve statique et surtout les rayons X, viendront parfois à bout des cas les plus rebelles.

Mais que nos observations vous soient un exemple des résultats que le simple praticien peut obtenir, dans nombre de circonstances, sans en appeler aux connaissances du spécialiste.

## THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

### Un traitement systématique des nodosités d'Heberden,

par le Dr JEAN CAMESCASSE.

Je recommande la lecture des lignes qui suivent à mes jeunes confrères. Ils auront appris dans les livres que les nodosités d'Heberden (rhumatisme goutteux chronique des petites articulations) constituent une maladie désagréable

plutôt que grave, sauf ce détail que cette maladie peut se terminer par la néphrite interstitielle ou par le cancer.

Je n'ai, pour ma part, observé ni cette terminaison-ci ni cette terminaison-là. Mais je considère les nodosités d'Heberden comme une maladie sérieuse en elle-même, capable de transformer en infirmes fort malheureux des gens d'ailleurs bien portants.

Enfin, au fait que je sais guérir, sinon dans leur totalité au moins dans leur naissance, les nodosités du rhumatisme goutteux, je dois des succès de clientèle très appréciables. Le détail de l'observation rapportée plus loin expliquera mieux qu'un long préambule qu'il n'est point de petites choses en thérapeutique pour le médecin-praticien.

Savoir soulager sans trop importuner; pouvoir annoncer que dans six mois des doigts immobilisés auront recouvré une certaine souplesse ; oser affirmer qu'il se produira des récidives et qu'on pourra en atténuer la gravité ou en effacer les conséquences gênantes en recommençant le même traitement, ce n'est point faire œuvre indifférente pour le client et c'est créer pour le médecin, à son profit, un long courant de petite reconnaissance que les implacables susdites récidives ne permettent point d'oublier.

Je suis donc le très obligé des nodosités d'Heberden.

Que sont au juste, pathogénétiquement parlant, ces nodosités? ni rhumatisme, ni goutte, et cependant phénomènes dyscrasiques!

Ces nodosités sont filles d'un certain *bien-être*. Je veux dire qu'on ne les observe que dans deux classes d'individus : ceux qui, ayant le moyen, se nourrissent, sans excès quantitatifs, de bonnes choses; et, aussi, des gens favorisés des dieux qui assimilent trop bien et se suralimentent avec rien ou presque.

Il est une heure particulièrement favorable à l'apparition de cette maladie : c'est, chez la femme, l'âge de la ménopause quand cette ménopause ne s'accompagne d'aucun trouble sérieux de la santé. Et, ici, il suffit d'une toute petite aisance dans la maison pour assurer la dyscrasie.

Enfin le succès du moyen thérapeutique indiqué ci-après tend à confirmer cette notion de dyscrasie, mais je ne suis pas assez grand clerc pour insister... et puis je n'ai, dans mon village, ni laboratoire ni temps matériel de m'en servir.

Voici maintenant la prescription type :

« Prenez à chaque repas (matin, midi et soir) une cuil-
« lerée à dessert de la solution suivante, jusqu'à épuise-
« ment de la bouteille. Cessez pendant une semaine et
« recommencez. »

| | |
|---|---|
| Iodure de sodium.................... | âà 4 gr. |
| Nitrate de soude.................... | |
| Salicylate de soude.................. | |
| Acétate de potasse.................. | |
| Eau.............................. | 250 » |

Ici, il faut ajouter, dans la conversation, quelques indications supplémentaires.

La première cure durera six mois, au contraire des cures de récidive qui se jugent par quelques semaines.

Le patient constatera le retour de la souplesse des articles phalangino-phalangettiens et phalango-phalanginiens avant de constater la disparition des concrétions dures.

La douleur, quand elle existe, disparaîtra la première, mais la sensibilité à la pression ne disparaîtra que plus lentement.

Autre détail qui n'est point inutile : la solution devient très vite louche en été, moins vite en hiver. Ce trouble ne présente aucune importance : la préparation, assez désa-

gréable au goût, ne devient point plus désagréable et ne perd rien de son efficacité.

Voici maintenant trois observations prises parmi trois ou quatre douzaines de faits qui ne comportent aucun échec :

Observation I. — Homme dont je soigne les doigts depuis 1896 (il avait alors 70 ans), mais qui me demandait quelque chose depuis 1888.

Se rationne par crainte de l'obésité. Pour se rationner il emploie un moyen très simple (à la portée de maint Français) : il pèse son pain et quitte la table quand il n'a plus de pain. — Il est très actif : par exemple, en hiver, il utilise deux fois le même bois pour se chauffer, autrement dit il le scie et le monte lui-même avant de le brûler.

Malgré cela il est de ceux qui tirent forte mouture de peu de grain : ses mains se déforment en même temps qu'elles deviennent inhabiles aux menus ouvrages.

Les deux index (surtout le gauche), les deux médius portent des gros grains (calcaires) au niveau même des articulations des phalanges. Ils sont de plus raides et, irrégulièrement, douloureux.

Le phénomène qui attriste le plus mon client, c'est qu'il est toujours géné pour écrire. Lors des poussées subaiguës qui caractérisent l'évolution de cette maladie, la gêne va jusqu'à l'impossibilité complète de tenir la plume.

Comme il présente déjà à cette époque une diminution de l'acuité visuelle (par opacification (1) du cristallin) suffisante pour gêner la lecture, les nodosités d'Heberden lui font envisager la vie en noir. Il se voit tout à fait infirme et incapable de s'occuper.

Il a suivi assez fidèlement la prescription reproduite ci-avant. Il s'en est très vite fort bien trouvé. Le phénomène douleur spontanée a cédé le premier. Les concrétions ont diminué de

(1) On doit noter que de 1896 à ce jour (1908) les cataractes n'ont pas encore atteint leur maturité. Est-ce un autre effet du traitement dissolvant?

volume en même temps que la peau cessait d'être un peu rouge et tendre; maïs ces concrétions n'ont jamais complètement disparu. Enfin la souplesse utilisable des articulations est revenue aussi pleinement qu'on pouvait l'espérer — c'est-à-dire que comporte l'âge du patient.

Il fait toujours deux ou trois cures de huit ou quinze jours chaque année.

N. B. — Il présente depuis six ans de l'œdème des membres inférieurs sans albuminurie.

Obs. II. — Femme de 56 ans (en 1899) vue au moment où, aux déformations des doigts *et des orteils*, s'ajoute une poussée subaiguë du médiotarse des deux côtés (prédominance à gauche) qui l'immobilise complètement depuis huit mois.

Ici la prescription a été modifiée de deux façons. D'une part, les doses ont été doublées, et, d'autre part, la médication a été continuée sans interruption pendant plus de trois mois.

L'état de cette dame était navrant : immobile dans son fauteuil au point de ne pas oser aller à la selle, obligée de se faire porter de ce fauteuil au lit à cause de ses pieds, elle ne pouvait pas lire faute de pouvoir tenir un livre à la main; elle ne pouvait, bien entendu, pas écrire..., pas même tricoter!

Et elle n'était pas malade.

Il ne faut pas, depuis 1899, aller lui dire du mal du médecin qui lui a rendu son activité.

Obs. III. — Femme soignée depuis 1898 (elle avait alors 45 ans). Elle commençait sa ménopause.

C'est une petite bourgeoise sans enfant qui n'avait d'autre souci que faire son petit ménage, la popotte pour le mari et soigner sa maman (respectable artério-scléreuse à forme généralisée, morte depuis).

Ici il ne s'agissait pas du tout d'écrire, mais seulement de pouvoir cuisiner et tenir le plumeau. Tous les doigts sont pris, même les pouces.

Elle a été soumise au traitement type pendant deux années consécutives, pour obtenir une lente, très lente amélioration.

Depuis elle est sujette à des poussées irrégulières qu'elle combat en recommençant son traitement pendant deux ou trois semaines.

J'ai dû noter que les auriculaires, dont elle ne se sert point pour travailler, ne bénéficient point du tout de l'amélioration obtenue par les doigts ouvriers.

Mais elle peut coudre et ravauder, ce qui lui est une grande douceur.

Je crois qu'il est inutile d'insister. Tous les faits se ressemblent. Il s'agit beaucoup plus souvent de femmes que d'hommes; je n'ai, en effet, soigné que trois hommes en tout.

*P. S.* — Au contraire de l'habitude qui est d'encombrer (je dis bien *encombrer!*) les articles de nos revues de nombreuses indications bibliographiques, l'auteur de ces lignes en est réduit à ce triste aveu qu'il ne sait ni où, ni quand, ni à qui il a emprunté l'indication thérapeutique développée ici. C'est dire que cet auteur prie le *Bulletin de Thérapeutique* d'accueillir toute revendication de priorité qui pourrait se produire.

---

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1908

Présidence de M. PATEIN.

### Sur la rédaction du procès-verbal.

M. Laumonier signale un errata page 586, qui s'est glissé dans sa communication : au lieu de l'air marin perd les propriétés *existantes*, lire propriétés excitantes, et au lieu de *toxique*, lire tonique.

### Correspondance.

M. de Rey-Pailhade, correspondant, adresse un mémoire intitulé : *Zomothérapie et Philothion.*

## Inauguration du monument Trasbot.

Le 29 octobre dernier, a eu lieu, à l'école d'Alfort, l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Trasbot, notre regretté collègue, ancien directeur de l'École vétérinaire. La Société était représentée à cette cérémonie par son secrétaire général.

Un grand nombre de discours ont été prononcés par les représentants des corps constitués auxquels appartint Trasbot. Notre collègue M. Benjamin, président du Comité qui s'était formé pour recueillir les souscriptions, a pris le premier la parole et retracé, dans un langage très élevé et à forme remarquablement littéraire, l'aimable et sympathique figure de Trasbot, rappelant le caractère amène et le haut savoir de l'éminent directeur qui, pendant de si longues années, sut diriger les études des vétérinaires d'Alfort.

La Société de Thérapeutique a été heureuse de s'associer à cette fête de famille.

## Communications.

### I. — *L'état actuel de nos résultats cliniques au moyen de la douche d'air chaud,*

par MM. LAQUERRIÈRE et DAUSSET.

En vous présentant avant les vacances un dispositif pour douche locale d'air chaud, nous vous promettions de vous tenir au courant des résultats thérapeutiques que nous fournirait ce procédé.

A l'heure actuelle nous avons fait des applications à plus de 70 malades, tant dans nos clientèles respectives qu'à la clinique Apostoli, nous croyons donc pouvoir nous permettre de tirer quelques conclusions (1).

Nous voudrions cependant attirer au préalable votre attention sur les caractères des réactions causées par ce procédé.

(1) DAUSSET. Rapport sur le traitement de névralgies par l'air surchauffé (Ier congrès de Physiothérapie des médecins de langue française. Paris, avril 1908). Air chaud et massage. (*Clinique*, 21 février 1908.) *Clinique*, 21 août 1908.)

D'abord la douche d'air chaud, à *courant d'air rapide*, est une méthode hyperémiante, c'est entendu! Mais c'est une méthode hyperémiante spéciale qui ne saurait être confondue avec les autres procédés tendant au même but: les applications locales en petits *espaces clos*, qu'il s'agisse de chaleur lumineuse (1), de chauffage obscur quelconque, ou d'envoi d'air chaud dans une boîte, ont l'inconvénient que l'atmosphère se sature rapidement d'humidité à cause de l'évaporation de la sueur; de là résulte qu'on ne peut atteindre une température très haute. Les applications locales à l'air libre, comme le chauffage d'une région au moyen d'une lampe électrique, ou au moyen d'un courant d'air faible (celui par exemple produit par la simple ascension à travers un tuyau de l'air chauffé par une lampe d'alcool), dépensent au bout de quelques instants la plus grande partie de leur énergie calorique à faire évaporer la sudation qui se produit abondamment.

Avec la douche d'air à courant, rapide au contraire, il se produit très rapidement une hyperémie intense de la peau, mais on ne voit jamais aucune transpiration appréciable, et l'opérateur promenant incessament le jet d'air chaud détermine en chaque point le maximum tolérable de chaleur. Tout l'air chaud envoyé est employé à produire des réactions des tissus. Il en résulte évidemment un léger inconvénient, c'est que, pour donner ses pleins effets d'une part et pour ne pas provoquer de lésion, la douche d'air surchauffé demande à être appliquée par des mains expérimentées; ce n'est qu'après en avoir donné un certain nombre qu'on est capable d'obtenir sans brûlure une hyperémie aussi complète que ce procédé peut la fournir. Mais il en résulte aussi que la douche d'air chaud à courant rapide est certainement, de tous les procédés thermiques celui dont l'action est la

(1) Il est bien entendu que nous nous occupons uniquement des réactions produites par la chaleur et que nous ne tenons pas compte dans cette critique des effets particuliers dus aux rayons lumineux qui méritent en certains cas aux applications de *lampes* une place spéciale.

plus complète, et c'est ce qui explique qu'il paraisse être de tous celui qui agit le plus profondément.

*
* *

Sur les 70 malades que nous avons traités, quelques-uns ont eu trop peu de séances pour qu'on puisse en tenir compte, quelques autres sont à éliminer parce que, pour diverses raisons, leurs observations ne comportent pas de conclusions.

Pour ceux dont nous tenons compte et dont nous allons vous entretenir, nous les donnerons en deux séries. Dans une première catégorie nous placerons les cas concernant des maladies déjà traitées, par d'autres, au moyen de la douche d'air chaud : nous vous les résumerons rapidement. Dans une deuxième catégorie nous vous rapporterons plus longuement quelques observations se rapportant à des affections que nous croyons avoir été les premiers a traiter par cette méthode.

### PREMIÈRE SÉRIE.

a) *Névralgies.* — La douche d'air chaud provoque à peu près systématiquement une action analgésiante immédiate très marquée; dans les névralgies superficielles cette action est intense et il n'est pas rare de voir des sujets qui souffraient d'une façon considérable avant la séance et qui immédiatement après ne souffrent plus du tout. Dans d'autres cas, surtout si la névralgie siège sur un nerf profondément situé, la sédation, quoique très manifeste, est moins complète.

En général l'analgésie dure seulement quelques heures; mais la répétition des séances amène des disparitions ou des diminutions de plus en plus longues de la douleur qui reparaît de moins en moins intense.

La douche d'air est donc non seulement un procédé de soulagement momentané des plus précieux mais un agent curatif de premier ordre.

Il va sans dire que nous n'envisageons que les névralgies dites *sine materia;* dans celles qui sont symptomatiques, l'influence d

la douche d'air peut être encore, en certains cas, manifeste comme sédatif immédiat, mais la guérison ne peut être attendue que du traitement de la cause.

Lorsqu'il y a coexistence de névralgie et de névrite, la douche peut encore procurer du soulagement et il est même permis de lui attribuer une action trophique favorable, grâce aux modifications circulatoires qu'elle détermine en profondeur, sur la réparation de la névrite, mais il sera certainement utile de recourir contre les autres symptômes névritiques (atrophie musculaire par exemple) au massage et à l'électricité.

26 *observations* (1).

OBSERVATION I. — Mme M..., 44 ans. Syphilitique, *sciatique* gauche depuis décembre 1907 — deux piqûres d'huile grise enflammées, 7 séances d'air chaud en douche (juillet 1908), guérison de la sciatique, et dès la première séance disparition des menaces sérieuses de suppuration.

OBS. II. — M. R..., 35 ans. *Sciatique* à droite datant de 8 mois, frictions, électricité pendant un mois l'ont laissé dans le même état, 12 séances de douche, guérison.

OBS. III. — M. R..., 60 ans. *Sciatique* gauche, datant de dix jours, une séance, guérison.

OBS. IV. — M. D... *Sciatique* et *lumbago*, datant de 4 jours, 2 séances, amélioration considérable, reprend son travail.

OBS. V. — Mme Ch..., 52 ans. *Sciatique* droite datant d'un mois, première séance, sédation à peu près complète de la douleur; 2e séance, guérison.

OBS. VI. — M. P..., 40 ans. *Névralgie de la jambe droite* face externe depuis 4 mois, après 5 séances la douleur a diminué des trois quarts; le malade, suffisamment amélioré, ne continue pas le traitement.

OBS. VII. — Mme Ph..., 40 ans. *Sciatique* depuis un mois, plus violente depuis 8 jours, ne dort pas la nuit. Dès la 2e séance dort 7 heures, après la 3e, guérison.

OBS. VIII. — Mlle D... *Névralgie* (3 semaines) fesse et cuisse gauches, du même côté que vieille coxalgie, cinq séances, guérison.

(1) Quelques-unes de ces observations ont déjà été citées par Dausset dans la *Clinique* du 21 août 1908.

Obs. IX. — M. D..., 42 ans. *Lumbago* depuis 8 jours, sédation après la première séance, guérison après la 3ᵉ.

Obs. X. — Mᵐᵉ S..., 60 ans. *Sciatique névrite* datant de 4 ans, atrophie musculaire, claudication, 15 séances, amélioration, pas guérison.

Obs. XI. — M. L..., 58 ans. *Sciatique névrite* datant de 10 ans, raccourcissement du membre, ankylose de la hanche, 16 séances. Amélioration légère des douleurs, mais insuccès.

Obs. XII. — M. M..., 55 ans. *Sciatique* datant de 18 jours (cachets, frictions inutiles). Une séance, guérison.

Obs. XIII. — M. L... *Lumbago* depuis 8 mois avec irradiation vers les épines iliaques; après 3ᵉ séance, le malade se déclare guéri, récidive 3 mois après : 6 séances, guérison.

Obs. XIV. — M. F..., 51 ans. *Lumbago* subaigu depuis un an, 3 séances, guérison.

Obs. XV. — Mᵐᵉ C..., 28 ans. *Névralgie intercostale* depuis 2 mois, à la suite de grippe, 2 séances, guérison.

Obs. XVI. — *Névralgie et raideur* articulaire de l'épaule à la suite de processus inflammatoire. 10 séances. La douleur a presque totalement disparu et les mouvements articulaires sont très amplifiés.

Obs. XVII. — M. B..., 45 ans. Depuis 20 jours *névralgie* de la région scapulo-humérale, ne dort pas la nuit, 3 séances, guérison.

Obs. XVIII. — Mᵐᵉ L..., 30 ans. *Névralgie intercostale* depuis 10 jours, une séance, guérison instantanée.

Obs. XIX. — Dʳ R... *Névralgie* sous-occipitale gauche, depuis 8 jours n'a dormi que quelques minutes. Le premier jour nous faisons 2 séances à trois quarts d'heure d'intervalle, soulagement immédiat, le malade dort 7 heures, une autre séance le lendemain, guérison.

Obs. XX. — Mᵐᵉ C.., 46 ans. *Douleur névralgique* de la nuque, 3 séances, guérison.

Obs. XXI. — Mᵐᵉ Q..., 58 ans. *Névralgie* de la région lombaire d'intensité moyenne, 10 séances en 2 mois, guérison.

Obs. XXII. — Mᵐᵉ B..., 55 ans. *Névralgies* intercostales intenses, très anciennes, 14 séances de mai à juillet. Amélioration très marquée et plus forte qu'avec tous procédés employés précédemment : rayons X, lumière, courant continu, bain de vapeur.

Obs. XXIII. — Ch..., 27 ans. *Névralgie brachiale* avec atrophie, ankylose du coude par accident de voiture, 12 séances d'air chaud, pas de guérison. Nous faisons de la statique et de la révulsion faradique, légère amélioration.

Obs. XIV. — D..., 50 ans. — *Névralgie thoracique* due à dilatation de l'aorte datant de plusieurs années, 10 séances, pas de guérison.

Obs. XXV. — Mme L..., 64 ans. *Névralgie du trijumeau*, première atteinte il y a 25 ans, puis, malgré l'usage des sédatifs les plus divers, a environ 6 mois par an de douleurs atroces; accalmie de 1898 à 1902. — En 1902, reprise des crises, parfois 40 par jours, quelques-unes durent jusqu'à 1 heure. — En mars 1903, traitement électrique à la Clinique : dès le début, grande amélioration, 65 séances, à la suite, va bien durant un an sans traitement. — En octobre 1904, rechute légère, 4 séances. — En février 1905, une seule crise, 2 séances. Bien, sans traitement, jusqu'en juillet 1907 (30 mois); à ce moment rechute légère, 7 séances.

En février 1908 nouvelle rechute, les téguments s'altèrent facilement et on ne peut faire que des séances insuffisantes, comme durée et comme intensité : périodes d'amélioration et de rechutes (53 séances de février au 18 août), en général souffre peu.

Va bien du 18 août au 7 septembre sans traitement; à ce moment rechute violente. Devant les difficultés d'application du traitement électrique chez cette malade on décide de faire des douches d'air chaud. Aujourd'hui, après la 25e, elle n'a plus que 3 crises par jour, très diminuées d'intensité. Encore en traitement.

Obs. XXVI. — Mme H.., 61 ans. *Névralgie du trijumeau* datant d'un an, souffre beaucoup pour parler, boire ou manger, crises tellement fréquentes qu'elle ne les compte pas et cela malgré ablation de dents et nombreuses *piqûres à l'alcool.*

Douches d'air chaud. Les crises diminuent de nombre et d'intensité tous les jours, après 8 séances elles tombent à 10 au lieu d'une moyenne de 40. Encore en traitement.

*b) Rhumatisme chronique.* — La douche d'air chaud paraît agir surtout dans les formes ne s'accompagnant pas de troubles de l'état général : nous n'avons pas eu l'occasion de l'essayer dans les poussées subaiguës plus ou moins fébriles du rhumatisme chronique ; mais chez les sujets qui paraissaient profondément intoxiqués par leur arthritisme, nous n'avons pas obtenu de résultats bien brillants.

Le rhumatisme est, en effet, une maladie générale et l'on comprend qu'un traitement local puisse n'y avoir qu'une influence peu marquée.

Les formes, qui se trouvent particulièrement bien de la douche d'air chaud, sont les formes douloureuses avec ou sans œdème, avec état général relativement bon : ici la douche d'air est vraiment un excellent traitement, elle calme la douleur, fait disparaître le gonflement, permet aux articulations de reprendre leur jeu normal, etc.

Mais deux conditions sont nécessaires : d'abord, il faut que les symptômes soient localisés d'une façon fixe en un ou plusieurs points ; si, en effet, le malade souffre un jour dans une région, le lendemain dans une autre, on comprend qu'il est impossible de poursuivre ainsi de jour en jour des localisations successives : c'est à un traitement général qu'il convient alors d'avoir recours. D'autre part, il faut qu'il n'y ait pas de lésions anatomiques irréparables : c'est ainsi que les vieilles arthrites rhumatismales ou goutteuses avec déformation des surfaces articulaires, avec transformation fibreuse des tissus périarticulaires, peuvent parfois être soulagées momentanément, mais ne guérissent pas lorsque les lésions sont trop avancées.

Nous tenons à signaler particulièrement la difficulté, que l'on éprouve en général à provoquer l'hyperémie au niveau des lésions rhumatismales à œdème blanc, cette difficulté diminue du reste au fur et à mesure que les séances augmentent de nombre.

11 *observations.*

OBS. XXVII. — M. V..., 36 ans. Après crises de *rhumatisme* qui a nécessité interruption de travail pendant quatre mois, il reste un gonflement blanc très douloureux du bord cubital de la main gauche, surtout au niveau du carpe, avec gêne des mouvements de pronation et supination. En 7 séances, *guérison*, qui se maintient depuis six mois. A noter l'hyperémie très difficile à réaliser à la première séance, moins aux autres.

OBS. XXVIII. — M. P... Arthrite blennorragique des deux genoux datant de quatre mois, gonflement et raideur articulaire, 25 séances de douche d'air chaud et massage des muscles, mobilisation, *guérison.*

OBS. XXIX. — M. B..., 42 ans. *Rhumatisme chronique* depuis quatre ans, genou gauche gonflé, craquements, coups de pieds

œdématiés, légère déformation. Saison à Dax inutile, 20 séances d'air chaud, légère amélioration.

Obs. XXX. — Mme B..., 40 ans. *Arthrite sèche* du genou droit depuis trois ans, douleur, craquement, gonflement limité à la partie externe. 6 séances d'air chaud et massage, guérison.

Obs. XXXI. — Mme M..., 23 ans. *Rhumatisme*. Nodosités sur le dos de la main droite, à la base des deux gros orteils, sur le cou-de-pied, gros comme des noisettes. 8 séances, les nodosités ont à peu près disparu, sauf à la main. Le traitement est cessé à cause d'un voyage.

Obs. XXXII. — M. Ch.., 20 ans. Rhumatisme datant de deux ans et survenu quelques mois après une blennorragie, gonflement des deux articulations tibio-tarsiennes des genoux, œdème léger et blanc, a fait à New-York 20 séances d'électricité sans résultat. 16 séances d'air chaud, peu de modifications.

Obs. XXXIII. — Mme D..., 57 ans. *Arthrite crépitante* du genou droit datant de quatre mois. 8 séances, pas d'amélioration.

Obs. XXXIV. — Dr P..., arthrites des articulations sacro-iliaques datant de plusieurs mois avec sciatique droite. Amélioration considérable après 10 séances d'air chaud et 10 de massage, cessation du traitement pour cause de voyage.

Obs. XXXV. — L.., 70 ans. Rhumatisme déformant datant de dix ans. 15 séances, aucune modification.

Obs. XXXVI. — Mme R..., 60 ans. Arthrite rhumatismale du genou droit datant d'un an, œdème péri-articulaire, flexion très limitée. 25 séances de douche d'air chaud et massage, guérison.

Obs. XXXVII. — Mme M..., 29 ans. Arthrite blennorragique (genou gauche) datant de neuf mois, raideur articulaire. 30 séances massage air chaud, guérison.

*c) Hydarthrose* (ou hémarthrose). — Le premier effet de la douche d'air chaud dans cette affection est de faire disparaître la sensibilité ; mais elle paraît capable également de faire résorber l'épanchement. Cependant nous croyons, et c'est là la pratique que nous avons suivie, qu'on obtient des résultats plus rapides en associant le massage.

D'ailleurs il faut bien dire que le plus souvent l'hydarthrose s'accompagne d'une atrophie musculaire qui entretient la maladie ; aussi le massage nous paraît encore utile en ce qu'il s'adresse à cette atrophie ; mais dans les cas graves avec atro-

phie considérable, nous pensons qu'il faut de plus recourir à l'électrothérapie (1).

4 *observations :*

Obs. XXXVIII (2). — M. B..., 27 ans. Hémarthrose du genou droit datant de trois mois, liquide dans la synoviale, flexion impossible, atrophie musculaire. Après 14 séances air chaud massage, le malade reprend son travail, guérison.

Obs. XXXIX (3). — M. G..., 62 ans. *Hydarthrose* datant de 15 jours, air chaud, massage, mobilisation. Après 6 séances, le malade se considère comme suffisamment guéri, le genou ayant diminué d'un centimètre, et reprend son travail.

Ob. XL. — Mme M..., 55 ans. Hémarthrose du genou droit, cette dame est atteinte de rhumatisme tuberculeux des articulations des deux mains, cependant son hémarthrose a guéri après 15 séances.

Obs. XLI. — M. P..., 25 ans. Hydarthrose datant de six mois, soignée sans résultat par ponction, puis massage durant deux mois, compression, aucun résultat. Epanchement considérable, atrophie musculaire énorme. Douleurs.

Soigné par la douche d'air chaud accompagnée de massage et par l'électrisation du quadriceps fémoral. Au bout de six séances, ne souffre plus, sent sa jambe plus forte, l'épanchement paraît diminué, continue le traitement.

*d*) *Eczéma* — Les modifications circulatoires déterminées par la douche ne nous paraissent pas capables d'expliquer, à elles seules, les résultats obtenus dans l'eczéma; il nous semble aussi qu'il faut tenir compte de l'action kératinisante de ses applications; enfin on serait peut-être aussi en droit d'invoquer une action antiseptique.

Nous pensons que les cas récents doivent continuer à être soignés par les procédés habituels; mais que la douche d'air chaud doit être réservée aux affections chroniques.

Les séances seront quotidiennes et on s'efforcera d'obtenir

(1) Laquerrière. Notes préliminaires sur l'électromécanothérapie, *Bulletin de la Société française d'électrothérapie*, juin 1907 à février 1908.

(2) Dausset. *La Clinique*, 22 février 1908.

(3) Dausset. *Loc. cit.*

une hyperémie aussi intense que possible. Les tissus eczémateux sont, il importe de le signaler, plus sensibles à la chaleur que la peau saine et présentent facilement des brûlures. Ces brûlures guérissent rapidement et, quelquefois, c'est par l'intermédiaire de la brûlure qu'on détermine la disparition de l'eczéma.

*4 observations :*

Obs. XLII. — M. B..., 45 ans. Eczéma sec, lichenifié, depuis dix ans, sur la face interne de la cuisse, grandeur une paume de main, une séance d'air chaud à 300°, brûlure superficielle qui se cicatrise en dix jours, guérison complète sans récidive un an après.

Obs. XLIII. — B..., 7 ans. Eczéma sec sur les fesses depuis un an, a résisté à tous traitements. Douche d'air chaud, 13 séances, *guérison* qui s'est maintenue.

Obs. XLIV. — Mme B... Eczéma depuis plus d'un an, avec avant-bras sec, prurigineux. Après 18 séances, guérison complète, mais récidive un mois après.

Obs. XLV. — Mme D..., 50 ans. Eczéma lichenifié sur le bras et sur le coude, largeur deux paumes de main. Dès la 1re séance cessation du prurit ; après 6 séances, guérison avec brûlure superficielle.

***

Mais nous croyons devoir nous étendre un peu plus longuement sur d'autres applications de la douche d'air qui n'ont pas été, à notre connaissance, signalées jusqu'à présent. Ici commence la partie que nous croyons originale de cette communication.

## Deuxième série.

I. — *Action de la douche d'air chaud sur les raideurs articulaires.*

Notre collègue Durey a déjà signalé l'action de l'air chaud sous forme de bains locaux dans les raideurs articulaires, mais nous pensons d'après nos observations que la douche d'air chaud est de beaucoup préférable. Nous l'avons surtout employée dans des suites d'accident de travail ; dès les premières applications on constatait une amélioration très considérable de l'aspect des téguments : la vascularisation de la peau devenait normale, la

sensation de refroidissement disparaissait, et quand il y avait des cicatrices, celles-ci s'assouplissant, la peau s'y montrait plus solide, etc.

Le gonflement, l'œdème diminuaient rapidement.

Enfin, fait de toute première importance, grâce à l'analgésie obtenue, on pouvait, parfois dès la première séance, commencer une mobilisation sérieuse.

Bien entendu, il importe qu'il n'y ait eu ni écrasement considérable des parties molles, ni déformation osseuse entraînant une incapacité irrémédiable ou mettant un obstacle, par l'existence d'une « épine irritante », à une guérison rapide. C'est ainsi que la longueur du traitement dans l'observation L s'explique par ce fait que la radiographie montrait une très petite épine osseuse faisant saillie au bord de l'articulation.

Obs. XLVI. — M. R..., 40 ans. Raideur articulaire du pouce à la suite d'écrasement, plaie contuse et arrachement de l'ongle, accident datant du 5 août dernier.

Le 29 septembre le pouce se plie à peine, la peau est friable, le blessé se plaint de douleurs partant du bout du doigt et s'étendant au poignet.

On lui fait 3 séances de faradique sans amélioration.

Puis 4 séances de douches d'air chaud, le traitement est interrompu, mais il y a une amélioration considérable des mouvements, la peau est plus vascularisée et plus forte.

Obs. XLVII. — B..., 23 ans. Coupure profonde du pouce gauche atteignant le périoste, que la radiographie montre entaillé par éclat de bronze, le 19 septembre.

Le 16 octobre, il existe encore de la *raideur douloureuse* du pouce : mouvements très limités de la métacarpo-phalangienne; mouvements nuls de la phalango-phalanginienne; impossibilité d'imprimer des mouvements passifs à cause d'une sensibilité exquise au niveau de la coupure — rougeur, gonflement.

18 séances d'air chaud combiné au massage vibratoire, guérison complète alors que le médecin de l'assurance avait prévu une infirmité sérieuse.

Obs. XLVIII. — B..., 16 ans. Après deux mois de pansements à la suite d'amputation du médius gauche, les doigts se sont raidis; les mouvements actifs sont presque nuls, les mouvements provoqués douloureux mais possibles.

Les doigts sont en fuseaux, la peau lisse et diaphane.

Air chaud, massage vibratoire et mobilisation.

A la 4e séance l'amélioration est très marquée ; l'auriculaire et l'index ont des mouvements de flexion très étendus, le médius est encore raide mais se plie volontairement. Continue le traitement.

Obs. XLIX. — P..., 56 ans, blessé le 10 novembre 1908, s'est enfoncé une aiguille dans l'éminence thénar de la main droite ; il a fallu deux opérations chirurgicales pour l'enlever. A la suite des pansements et de l'immobilisation, raideur articulaire de tous les doigts qui ne peuvent se fléchir complètement.

Les mouvements du premier métacarpien sont presque nuls, le pouce se mobilise très peu. Sensibilité assez vive à la pression, sur l'une des cicatrices à la face palmaire de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. Obtient 2 au dynamomètre. Après 4 séances d'air chaud d'une durée de dix minutes, le malade sent moins la douleur et touche son index avec son pouce quoique difficilement, après 30 séances, 12k au dynamomètre, 19k après la 34e. L'amélioration s'est un peu accentuée, mais lentement et après la 72e séance, les mouvements du pouce ne sont pas encore absolument normaux, quand la compagnie d'assurance décide de régler le sinistre.

N. B. — La longueur du traitement s'explique par ce fait qu'il existait une cicatrice chéloïdienne extrêmement sensible, mais qui, prise dans un replis de la peau entre le pouce et le deuxième métacarpien, n'a pu être atteinte par la douche d'air que quand les mouvements du pouce ont eu acquis une certaine étendue.

Obs. L. — B..., accident du travail, a reçu sur le médius de la main gauche une caisse de 140 kilogs. La plaie est cicatrisée à son arrivée à la clinique, mais la flexion est limitée et provoque de la douleur sur la face dorsale. On lui fait du courant faradique léger pendant dix minutes. Au bout de 2 séances, le malade reprend son travail pour le quitter bientôt à cause de la douleur ressentie. Il subit 5 séances de galvanisation à 15 milliampères pendant vingt minutes. L'état étant à peu près stationnaire, on le soumet à l'air chaud en douche à 200° pendant dix minutes. Après la 6e séance, le malade souffre moins et la mobilisation est plus facile. Puis l'amélioration se poursuit lentement. A la 17e séance la flexion est à peu près normale, mais toujours douloureuse. Au bout de la 23e séance, le blessé reprend son travail, très amélioré. *La radiographie montrait une légère épine osseuse sur le bord de l'articulation.*

### II. — *Action de la douche d'air chaud sur certains des phénomènes de la radiodermite chronique.*

La petite malade qui fait l objet de l'observation LI présentait un suintement intense à la place de son lupus en voie de guérison ou guéri; nous l'avons soumise à la douche d'air chaud pour tarir ce suintement : à notre grande surprise, les télangiectasies assez marquées, suites du traitement radiothérapique, disparurent rapidement, et la peau, qui présentait un aspect atrophique très net, prit de plus en plus un aspect normal.

C'est à la suite de cette constatation que nous recherchâmes des malades présentant des accidents de radiodermites chroniques. Jusqu'à présent nous n'avons vu que peu de cas, mais dans nos observations nous constatons la disparition rapide du prurit quand il y en avait, la diminution ou la disparition des télangiectasies, l'amélioration de l'état atrophique de la peau.

Obs. LI. — T..., fillette de 11 ans, présentait le 23 juin 1904 un lupus de l'oreille occupant toute la moitié inférieure du bord du pavillon. Traitée par radiothérapie, en raison de l'irrégularité de la malade et de l'état de saleté continuelle dans laquelle sa famille la laissait, on est obligé d'employer les doses *fractionnées*, car il est impossible de surveiller une réaction.

Le 11 mai 1908, après 175 séances, le lupus paraît guéri presqu'en totalité, mais : 1° il reste des petites plaies suintantes qui se couvrent de croûtes épaisses; 2° il y a des télangiectasies nombreuses de toute l'oreille et un certain degré d'atrophie de la peau.

Dans ces conditions, nous décidons d'employer l'air chaud avec l'intention de cicatriser les plaies.

Du 11 mai à l'époque actuelle, 23 séances d'air chaud; les résultats sont les suivants :

1° Disparition des croûtes et des plaies dès les premières séances; 2° de plus, à notre grande surprise, disparition rapide des télangiectasies et amélioration de l'aspect de la peau.

Actuellement, il reste quelques très petites taches rouges; sont-ce des restes infimes de lupus ou des restes de télangiectasie post-radiodermique?

Obs. LII. — Mme A..., a été soignée il y a quatre ans à Broca pour lupus de la joue par radiothérapie. Quelques séances à dose

forte. A la suite s'est établi une rougeur intense, on lui a dit que le lupus était guéri et que la rougeur disparaîtrait avec le temps. A son entrée en juin 1908, présente en avant de l'oreille une plaque de la taille d'une pièce de 5 francs qui ne se modifie nullement depuis quatre ans.

Actuellement, surface plane de coloration générale rouge claire. On constate que cette coloration est formée par des îlots irréguliers de fines arborescences vasculaires, sur une peau d'un blanc livide, mince, lisse, il y a cependant deux ou trois endroits où la peau blanche est indurée et légèrement saillante.

En somme, atrophie de la peau avec télangiectasie (radiodermite chronique).

Au moment des règles la rougeur redouble et il y a un prurit assez marqué.

Traitement en juin et juillet, 12 séances d'air chaud donnent une amélioration très nette ; la malade est revue en octobre.

L'amélioration a considérablement augmenté, il reste environ 50 p. 100 des lésions anciennes.

La taille totale de la plaque a bien diminué.

La coloration générale est très diminuée, les parties indurées se sont assouplies, il y a de nombreux îlots blancs; ces îlots blancs ont perdu la teinte livide et la peau y reprend un aspect normal.

Le traitement est repris.

Obs. LIII. — M. Th..., 17 ans, *lupus-radiodermite*. Soigné depuis deux ans par les rayons, le lupus qui siégeait à la face, sur le nez et la bouche est à peu près guéri. Il reste quelques points ulcérés sur la cloison rouge du nez et sur les lèvres. Mais tout autour des points télangiectasiques sont répandus sur les joues et jusque sous les paupières, ces points sont rouge vif.

Nous faisons air chaud ; actuellement, après 15 séances, les taches ont considérablement pâli, la peau est plus vascularisée, le traitement continue.

Obs. LIV. — Mlle D..., entrée à la clinique en juillet 1903, pour fibrome utérin qui a été traité par électrothérapie d'abord, puis en 1905 et 1906 par radiothérapie sur l'abdomen. Ce traitement a déterminé, en janvier 1907, une légère radiodermite qui a duré en février et était guérie en mars, ne laissant qu'une alopécie localisée à la partie supérieure de la moitié droite du pubis. Nous avons eu souvent l'occasion de revoir l'abdomen de cette malade qui est venue nous consulter à diverses reprises durant 1907 et le début de 1908 fréquemment pour des troubles stomacaux et

intestinaux, la peau avait toujours une apparence absolument normale et, sauf l'alopécie persistante, il n'y avait aucune trace de la radiodermite.

En octobre 1908, elle vient nous consulter, il y a cinq mois environ elle a commencé à remarquer de petites taches rouges sur le bas ventre, ces taches ont été en augmentant de nombre, puis peu à peu s'est établi un prurit qui depuis quelques jours est devenu intolérable.

Actuellement on constate une très légère rougeur diffuse de la peau, puis un semis de fine télangiectasie rouge vif, de taille variable, les unes presque imperceptibles, les autres plus grandes, quelques-unes atteignent une largeur d'un millimètre sur plusieurs millimètres de long. Ces lésions s'étendent d'un large travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'au pubis, largement à droite et dépassent à gauche la ligne médiane.

La malade, en raison de ses occupations, ne peut venir qu'irrégulièrement, du 6 au 19 octobre, 4 séances de 10 minutes de durée : les télangiectasies ne paraissent pas jusqu'à présent influencées ; mais le *prurit*, amélioré dès la première séance, a disparu et la légère rougeur diffuse a également disparu. Continue le traitement.

### III. — *Action de la douche d'air chaud sur des plaies infectées.*

Connaissant les beaux résultats que donne la douche d'air chaud dans le traitement des plaies atones et aussi les bons effets de la chaleur comme antiseptique, nous avons employé le courant d'air surchauffé (sans lavages) comme traitement unique dans quelques cas de plaies infectées. Nous avons été surpris de la rapidité avec laquelle la suppuration cesse et la cicatrisation s'effectue.

Le nombre d'observations n'est pas suffisant pour que nous soyons absolument affirmatifs, mais leurs résultats ont été assez brillants pour nous faire considérer la chaleur sous forme de courant d'air surchauffé comme le meilleur des antiseptiques. La durée d'application est courte, il n'y a pas de douleur, et l'hyperémie est plus facilement obtenue que sur la peau saine.

Obs. LV. — Th..., garçon de café, 36 ans, coupures de la paume de la main par débris de bouteille. Deux points de suture faits par un médecin.

Au 5e jour un point de suture cède, la plaie s'élargit et s'enflamme, je fais l'assèchement de la plaie à l'air chaud et l'hyperémie de la région ; pas de lavages. Dès le lendemain le

malade sent sa main plus libre et dégonflée, la plaie est sèche et les alentours pâles.

Le surlendemain elle est fermée dans la moitié de sa longueur : air chaud.

Le blessé va au siège de l'assurance pour constatation, une infirmière lui fait un pansement humide, dès le soir la main gonfle, la plaie s'enflamme à nouveau ; nous voyons le blessé le lendemain, la plaie est rouverte, nous faisons air chaud et deux jours après la cicatrisation était complète.

Obs. LVI. — Vol..., 25 ans, garçon boucher, à la suite de coupure de l'avant-bras droit. Je lui fais huit points de suture après désinfection de la plaie, 2 jours après suppuration malgré pansements antiseptiques. Au bout de 6 jours, la suppuration continue, les bords de la plaie sont décollés et rouges, nous donnons douche d'air chaud, dès le lendemain la suppuration est arrêtée. Simplement pansement aseptique, après 3 séances d'air chaud la plaie est fermée.

Obs. LVII. — L..., 18 ans. Coupure profonde de la paume de la main. Soigné en province pendant huit jours, arrive à Paris avec suppuration abondante, les points de suture ont lâché, les pansements antiseptiques font d'abord diminuer cette suppuration qui reprend au bout de quatre jours ; air chaud en douche, dès le lendemain la suppuration s'arrête, pansement aseptique sans lavages, guérison complète en cinq jours.

Obs. LVIII. — M. L..., 64 ans, diabétique depuis 5 ans, *mal perforant* du gros orteil droit guéri il y a 4 ans, revenu il y a 2 ans, ne s'était jamais fermé depuis, malgré cautérisation et pansements. La plaie est de la largeur d'une pièce de 1 franc, une traînée douloureuse de lymphangite depuis 2 mois à la partie dorsale du pieds.

Nous faisons d'abord cautérisation à l'air chaud 300°, puis hyperémie du pied et du gros orteil, en 12 séances quotidiennes, guérison qui s'est maintenue depuis le mois de mai.

## Conclusions.

I. Sans vouloir entrer dans la discussion comparative des divers procédés locaux basés sur l'action de la chaleur, mais où d'autres facteurs peuvent intervenir (comme l'action mécanique de la douche hydrique, l'excitation de la peau par les rayons lumineux dans les applications de lumière électrique, etc.). Nous pouvons dire que, parmi les applications locales, seule-

ment caloriques, la douche d'air chaud à courant rapide mérite une place prépondérante et par ses réactions immédiates et par ses effets thérapeutiques.

II. Notre pratique, portant actuellement sur 70 malades, nous permet de confirmer certaines conclusions déjà formulées par d'autres :

*a*) Dans les *névralgies*, on obtient une action analgésiante immédiate des plus brillantes et une action curative qui nous paraît devoir faire classer ce procédé parmi les plus efficaces connus.

*b*) Parmi les diverses manifestations articulaires du *rhumatisme*, celles qui paraissent devoir bénéficier le plus de son action sont les affections nettement localisées avec œdèmes péri-articulaires, ne présentant pas encore de grosses déformations osseuses et ne s'accompagnant pas de symptômes d'infection générale.

*c*) Dans les *hydarthroses* ou *hémarthroses*, ce procédé nous a donné des guérisons rapides, mais il nous paraît, dans ces cas, indispensable de lui associer un adjuvant (massage, électricité), destiné à compléter la réparation des atrophies réflexes.

*d*) Les quelques cas *d'eczémas* que nous avons traités ont disparu très rapidement; notre expérience est trop restreinte pour que nous puissions nous prononcer sur les résultats éloignés.

III. Il n'y a pas eu, à notre connaissance, d'observation publiée sur le traitement par la douche d'air chaud à courant rapide dans les affections suivantes; aussi formulons-nous à leur sujet plutôt une opinion provisoire (destinée à provoquer la vérification par d'autres expérimentateurs) que des conclusions fermes :

*a*) Dans les *raideurs articulaires*, à la condition, bien entendu, qu'il n'y ait pas des lésions osseuses empêchant le rétablissement du fonctionnement de l'articulation, la douche d'air chaud produit la disparition de l'œdème et des autres phénomènes périarticulaires et, par l'analgésie qu'elle détermine, permet une mobilisation rapide et énergique.

*b*) Dans la *radiodermite chronique* nous avons obtenu jusqu'à

présent chez nos malades encore en traitement la disparition du prurit, la diminution ou la disparition des télangiectasies, la diminution de l'état atrophique de la peau.

c) Dans les plaies à *suppurations rebelles* on obtient un arrêt très rapide de la suppuration et une cicatrisation non moins rapide. La cicatrisation des plaies atones par la douche d'air chaud a d'ailleurs été déjà signalée.

(*A suivre.*)

---

## CARNET DU PRATICIEN

### Traitement de la Leucoplasie bucco-linguale.

(VIAU.)

Maladie inflammatoire chronique, consistant en plaques blanches limitées, parfois circonscrites par des gerçures, occupant la muqueuse de la langue et des joues. Tabac et syphilis plus habituellement incriminés.

Possibilité de transformation cancéreuse, qui, d'après Reclus, aurait lieu dans la moitié des cas environs.

D'abord éloigner les causes d'irritation : ni tabac, ni boissons alcooliques, ni mets épicés; enlever les mauvaises dents, arrondir les bords tranchants, obturer les cavités, faire appliquer des appareils prothétiques.

Proscrire de *façon absolue* les cautérisations : ni acide chronique, ni acide salicylique à dose concentrée, ni acide lactique, ni nitrate d'argent, ni teinture d'iode, car ces caustiques irritent les tissus et exposent aux dégénérescences.

*L'ablation large* des parties atteintes et suspectes est le seul traitement préconisé par M. Viau.

Mais auparavant on fera bien de soumettre le malade au traitement mercuro-ioduré d'épreuve qui parfois a amené la rétrocession des plaques blanches. Le malade prendra, avant le déjeuner du midi et le dîner, une cuillerée à soupe de :

| | | |
|---|---|---|
| Biiodure de mercure................. | 0 gr. | 20 |
| Iodure de potassium................. | 20 » | |
| Eau distillée........................... | 20 » | |
| Eau de salsepareille composé......... | 360 » | |

*F. s. a.* un sirop.

(A. Robin.)

En même temps user de bains locaux, émollients et alcalins et de pulvérisations. Utiliser les liquides aseptiques presque indifférents : eau bouillie, très faiblement boriquée à 5 p. 1000, l'eau de Vichy, l'eau salée à 7 p. 1000.

On peut employer de la même façon une solution *faible* d'acide salicylique :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique....................... | 1 gr. |
| Glycérine neutre....................... | 40 » |
| Eau distillée........................... | 1000 » |

*M. s. a.*

Ces lavages seront pratiquées quatre fois par jour. Après chacun d'eux, badigeonnage au collutoire :

| | | |
|---|---|---|
| Hydrate de chloral.................. | 1 gr. | |
| Menthol............................. | 0 » | 25 |
| Borax............................... | 20 » | |
| Glycérine neutre.................... | 100 » | |

*M. s. a.*

Ou, après avoir séché les parties malades, attouchements des plaques tous les soirs au pinceau imprégné de baume du Pérou.

On a récemment préconisé les applications de décoction d'airelle. Cette décoction se prépare en mettant à macérer 200 grammes d'airelle dans 500 grammes d'eau, pendant plusieurs heures, puis en faisant réduire à 300 grammes par l'ébullition.

En cas d'inéfficacité des traitements ci-dessus, M. A. Robin fait pratiquer plusieurs fois par jour des gargarismes et des pulvérisations à l'eau de Saint-Christau (bicarbonatée ferrugineuse et sulfatée *cuivreuse*) qui paraît agir d'une façon résolutive sur les tissus épithéliaux en voie d'hypergenèse et de parakératose.

En saison favorable, faire une cure à Saint-Christau (Basses-Pyrénées.)

Ch. A.

# BIBLIOGRAPHIE

*Cancer*, par P. Menetrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Tenon. 1 vol. gr. in-8° de 700 pages environ avec 114 figures dans le texte. J.-B Baillière, éditeur, prix : 12 fr.

Je n'hésite pas à dire que cette très intéressante monographie du cancer, qui forme le douzième volume du *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique* de Gilbert et Thoinot, est la meilleure qui ait paru depuis longtemps. Les pauvres journalistes, obligés de rendre compte des publications, n'ont guère le temps de lire les volumes qui leurs sont adressés et doivent, le plus souvent se contenter de parcourir l'ouvrage et de juger son plan, ne lisant que deux ou trois chapitres. Or, malgré sa grosseur fort imposante, j'ai été pris par l'intérêt du *Cancer*, de M. Menetrier, et j'ai passé plusieurs jours de septembre a lire entièrement l'ouvrage, ce qui me permet de l'apprécier dans tous ses détails.

C'est une question horriblement ardue que celle du cancer, son étiologie, son développement, son traitement surtout forment, personne ne peut le nier, l'un des problèmes les plus décevants de notre science. Or, pour chercher le traitement du cancer, pour chercher même à le connaître, la première condition, c'est de posséder un bon guide. Ce guide, nous le possédons certainement dans le livre de M. Menetrier, on ne trouvera pas d'ici longtemps quelque chose de plus complet, de plus clair et de plus philosophiquement conçu. Toute la partie de pathologie générale est traitée de main de maître : la partie histologique est excellente, illustrée de figures très nouvelles, très suggestives. Quant à la thérapeutique, elle est aussi moderne et aussi détaillée que possible. Dans cette monographie didactique, l'auteur a trouvé le moyen de présenter son sujet d'une façon très personnelle et vraiment originale : c'est un fait trop rare dans ce genre de publication pour qu'on ne s'empresse pas de le signaler.

G. B.

*Traité des maladies des voies urinaires*, par E. Desnos et H. Minet, anciens internes des hôpitaux. Un vol. in-8°, cartonné toile, de 1100 pages, avec 289 figures dans le texte, et 8 planches en couleur, hors texte. O. Doin, éditeur, prix : 20 fr.

Voilà un bon et solide ouvrage de pathologie spéciale ! Il est dû à la plume de deux urologistes bien connus. M. Desnos a su se faire à Paris une situation enviée et digne d'un maitre. Nombreux sont maintenant à Paris les chirurgiens et même les médecins, qui, en dehors de tout caractère officiel, ont su réussir à créer une école. Paris, par ses ressources admirables, au point de vue pathologique, par ses innombrables cliniques, est un milieu merveilleux de culture scientifique et, peu à peu, on voit s'y dessiner un courant vers l'élargissement du cadre de l'enseignement. La Faculté officielle est trop étroite, et surtout son enseignement manque de

pratique, tout le monde s'en plaint et personne ne l'ignore à présent. Aussi l'élève qui veut savoir son métier commence à connaître les cliniques privées qui peuvent suppléer aux lacunes de l'enseignement officiel. Parmi ces milieux privés de science médicale, compte la clinique déjà ancienne du Dr Desnos; c'est là qu'il a pu amasser les précieux documents urologiques qui lui ont permis, ainsi qu'à son collaborateur, de rédiger le véritable monument qu'il est à même d'offrir au public des médecins praticiens. Car ce volume excellent est uniquement destiné au praticien, qui y trouvera un guide sûr et aussi complet que possible de clinique séméiologique et de thérapeutique médicale et chirurgicale des affections des voies urinaires.

Conçu dans un esprit remarquablement positif, car les auteurs ont toujours en vue le malade, dans le sens le plus pratique, écrit dans une langue claire et précise, le traité de MM. Desnos et Minet voit ses développements éclairés par une illustration particulièrement riche. L'éditeur n'a regardé ni aux figures dans le texte, ni même aux planches coloriées et le dessin vient en aide à la description toutes les fois que la chose semble seulement utile. Aussi, peut-on compter qu'avec des qualités si éminentes, le *Traité des maladies des voies urinaires* fera une brillante carrière parmi les praticiens et parmi les étudiants, qui ne trouveront certainement jamais un plus bel ouvrage pour apprendre ou perfectionner les notions de clinique urologiques qui constituent une des principales parties des connaissances qui leur sont rigoureusement nécessaires.

G. BARDET.

---

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Thérapeutique chirurgicale.

**L'anesthésie au chlorure d'éthyle en deux temps.** — Le gros inconvénient du procédé ordinaire de chloréthylisation générale est la sensation d'étouffement que ressent le malade, sensation fort pénible et dont le seul souvenir peut être un obstacle à une nouvelle narcose à l'aide de ce commode anesthésique. Pour éviter cet inconvénient, M. Laval recommande (*Bulletin médical*) d'exécuter cette anesthésie en deux temps : dans un premier temps, on fait, selon l'expression de l'auteur, un faux départ. On donne en effet à respirer au malade une dose inférieure à la dose nécessaire (3 grammes par exemple au lieu de 6) en n'approchant que progressivement la compresse. Le malade absorbe cependant une dose du médicament suffisante pour l'étourdir. On

verse alors, au bout de quinze à vingt secondes, la dose anesthésique totale (6 grammes) dans une compresse qu'on applique selon le procédé ordinaire, de la façon la plus hermétique possible, sur le nez et la bouche. Le patient ne se rend pas compte de ce qui se passe, n'a pas la sensation d'étouffement ou du moins n'en garde pas le souvenir. La légère quantité de chlorure d'éthyle donnée ainsi en surplus de la dose habituelle n'entraine aucun inconvénient.

**Traitement de l'iritis et de l'iridocyclite, ainsi que de la blennorrhée des nouveau-nés.** — D'après les expériences de FUKALA (*Münch., med. Woch.*, n° 44, 1907), pour le traitement de l'iritis et de l'iridocyclite, deux conditions doivent être remplies, à savoir la dilatation de la pupille et l'emploi d'un spécifique. Pour remplir la première condition, il faut employer des solutions d'atropine à 2-4 p. 100 pour empêcher les synéchies. Comme spécifique du traitement de l'iridocyclite, la solution de sublimé à 1 p. 4.000 s'est montrée efficace; à cet effet un tampon de coton imbibé de cette solution est appliqué sur l'œil à l'aide d'une pince, en ayant soin d'instiller auparavant quelques gouttes d'une solution de cocaïne de 5 à 15 p. 100. La conjonctive de la sclérotique, depuis le bord de la cornée jusqu'aux parties éloignées, est touchée avec la solution chaude de sublimé et on termine l'opération par instillation de quelques gouttes de la solution cocaïnique. La même opération est renouvelée tous les jours. Dans l'iridocyclite aiguë, on applique sur les paupières un tampon imbibé de la solution de sublimé et on maintient avec un bandage sur l'œil. Si les douleurs sont très violentes, on pose six à huit sangsues. Quand l'atropine ne produit aucun effet sur la pupille, on combine le traitement au sublimé avec l'iridectomie. Par cette méthode, en quatre à cinq semaines, on obtient d'heureux résultats dans les cas d'iritis graves, accompagnés d'obturation de la pupille et de cyclite douloureuse.

Les douleurs et les phénomènes inflammatoires diminuent, l'œil se décongestionne, et l'on peut pratiquer l'iridectomie.

Dans l'ophtalmie blennorragique, l'auteur recommande, au lieu de la solution usuelle de nitrate d'Ag à 2 p. 100, une solution à 5 p. 100 qui s'est montrée efficace, même dans les cas très graves. Pour pratiquer le badigeonnage de l'œil, au lieu du pinceau difficile à aseptiser, on emploie un tampon de coton imprégné de la solution ci-dessus qu'on applique à l'aide d'une pincette qui peut facilement être stérilisée.

L'ophtalmie aiguë des adultes n'est curable dans la première période, que quand la sécrétion n'est pas abondante. La conjonctive des paupières retournées en ectropion est anesthésiée d'abord par un badigeonnage avec une solution de cocaïne à 5 ou 10 p. 100; elle est touchée ensuite, après trois à quatre minutes, à l'aide d'une pince armée d'un tampon de coton imbibé d'une solution de nitrate d'Ag à 4 p. 100, puis on lave à l'eau, au bout de deux à trois minutes et on répète la même opération le soir. Cette méthode de traitement permet d'abaisser de 20 p. 100 le nombre de ceux qui deviennent aveugles à la suite d'iritis, d'iridocyclite et de blennorrhée des nouveau-nés.

## Gynécologie et Obstétrique.

**Traitement de la cystite chez la femme.** — Le Dr E. Mc Donald (*Med. Record*, 1908, n° 8) publie les résultats de son expérience personnelle dans 45 cas de cystite.

Le traitement en général consiste dans des lavages de la vessie avec une solution de bicarbonate de soude. C'est le meilleur dissolvant du mucus, du pus et des substances albumineuses. Quand on a affaire à une grande quantité de mucus, la solution alcaline doit être deux fois plus concentrée, et en présence d'une grande quantité de pus, on ajoute à la solution 4 grammes de sulfate de sodium.

Il rejette l'emploi de l'eau phéniquée comme antiseptique, ainsi que le sublimé.

Comme antiseptique astringent et comparativement non irritant, il recommande la quinine qui jouit de propriétés antisep-

tiques et qui prend rang entre le sublimé et le phénol à ce point de vue. L'emploi du sulfate a rendu d'heureux services dans les cystites chroniques. De tous les sels d'argent, il ne retient que le protargol à 5 p. 100 comme possédant quelque pouvoir bactéricide et n'étant pas irritant. Dans la cystite purulente, il employait le protargol et l'eau oxygénée. Le peroxyde d'hydrogène au tiers et le protargol à 5 p. 100 étaient injectés alternativement dans la vessie au moyen d'une seringue contenant 16 grammes à travers le cathéter. On laissait le mélange agir quelques minutes et on l'évacuait par une injection de la solution bicarbonatée. Ce traitement de la cystite purulente, qui donne d'excellents résultats chez la femme, n'est pas à conseiller chez l'homme.

Dans la cystite aiguë, l'auteur préconise l'emploi du lichen d'Islande. La valeur de cette préparation consiste à maintenir les parois de la vessie écartées, et à éviter tout frottement. Elle s'obtient de la façon suivante :

| | |
|---|---|
| Mousse d'Irlande........................ | 45 gr. |
| Eau distillée.......................... | 1500 cc. |

La mousse lavée plusieurs fois à l'eau chaude et séchée est soumise à l'ébullition avec 1500 cc. pendant dix à quinze minutes en agitant fréquemment et on passe à travers de la mousseline avec expression. La mousse est traitée avec 4500 cc. d'eau bouillante et on filtre. On évapore le filtrat jusqu'à réduction au cinquième; on ajoute 1 p. 100 de goménol, et on filtre à travers une flanelle qui a été soumise à l'ébullition.

La gelée sert aussi à lubrifier les instruments. Dans le traitement de la cystite, elle doit être diluée avec de l'eau chaude jusqu'à consistance semi-fluide, pour pouvoir être injectée avec une seringue.

La thérapeutique des cystites repose sur l'emploi de quatre préparations médicamenteuses : la solution antiseptique de quinine, la solution de lavage au bicarbonate de soude, l'eau oxygénée combinée avec l'emploi du protargol, et la gelée de mousse d'Irlande.

Si on a affaire à une cystite purulente, on fait d'abord un grand

lavage avec la solution alcaline, qu'on fait suivre par les injections d'eau oxygénée et de protargol.

En cas de cystite aiguë, on injecte la gelée de mousse d'Islande. La quantité de gelée injectée varie de 30 grammes à 120 gr. Quand l'affection passe à l'état chronique, la malade doit retenir le plus longtemps possible une injection de solution de quinine pour retirer le bénéfice complet de son action astringente et antiseptique.

A l'intérieur, les infusions de buchu et de stigmates de maïs sont toujours utiles pour rendre les urines plus abondantes et non irritantes. La teinture de belladone et le bicarbonate de K ou de Na doivent être prescrits pour diminuer le spasme vésical et rendre les urines alcalines. Les boissons devront être copieuses pour diluer les urines.

L'urotropine a l'inconvénient de rendre les urines irritantes et de n'être pas inoffensive pour les reins ; mais elle conserve toute sa valeur dans la suppuration rénale, sans être d'un grand profit dans la cystite.

**Anesthésie hypodermique en obstétrique.** — F.-J. OLD (*The Canada Lancet*, 1908, janvier) préconise, dans les accouchements laborieux, les injections d'un mélange d'hyoscine, de morphine et de cactine, pour produire une anesthésie partielle moins dangereuse qu'avec le chloroforme.

L'hyoscine doit être une préparation de jusquiame et non de Scopola atropoïdes. L'hyoscine chimiquement pure de jusquiame, de pouvoir rotatoire de — 20°, est sûre et apparemment inoffensive. La scopolamine dite pure possède fréquemment un pouvoir rotatoire peu élevé de — 2° et renferme comme impureté de l'atroscine.

La technique opératoire est celle de Gauss. La première injection sous-cutanée est faite, comme d'ordinaire, quand les douleurs commencent à devenir fortes et fréquentes, revenant toutes les six minutes et d'une durée de trente secondes, et quand la dilatation de l'orifice utérin est très avancée. On emploie, pour

une injection, une demi à une tablette de bromhydrate d'hyoscine, soit, 0 gr. 0003 à 0 gr. 0006; 0 gr. 016 de chlorhydrate de morphine, et 0 gr. 001 de cactine. Une demi-heure après l'administration de la première dose, on montre à la parturiente un objet quelconque, et une demi-heure plus tard on lui demande si elle se souvient de cet objet. L'essai de mémoire, est le point de repère de la technique. Il est répété toutes les demi-heures avec différents objets. Quand la parturiente ne se rappelle plus l'objet présenté, la condition décrite par Gauss comme état de somnolence ou sommeil léger est remplie, on n'administre plus d'injection jusqu'à ce qu'un essai indique le retour de l'état de conscience; mais si la patiente donne une réponse positive à la question d'essai, on donne ordinairement une seconde injection sans morphine. Le nombre d'injections nécessaires pour produire le sommeil est variable. Ordinairement on donne une nouvelle dose d'une demi-tablette d'une heure et demie à deux heures après et quelquefois il est nécessaire de répéter la dose une heure à une heure et demie avant que le sommeil léger ne se produise. La dernière injection est ordinairement de 0 gr. 00032 d'hyoscine. Vingt à vingt-cinq minutes après la première injection, la face de la parturiente devient pourpre, les pulsations deviennent un peu plus fréquentes, les mouvements respiratoires diminuent; la patiente s'assoupit et ressent quelque soulagement à ses douleurs et quand elle atteint l'état de sommeil, bien qu'elle puisse être capable de répondre aux questions si elle est éveillée, qu'elle pousse des cris au moment des douleurs, en réalité elle ne ressent pas de douleur, et quand on la questionne après l'accouchement elle n'a plus souvenance de ses douleurs.

Les conditions pour la réussite de cette méthode sont:

1° De ne pas commencer trop tôt les injections, lorsque les douleurs ne sont que légères et peu fréquentes.

2° De ne pas donner de trop fortes doses, mais donner plus souvent de faibles doses si c'est nécessaire, jusqu'à production du sommeil léger.

3° Faire de fréquents essais de mémoire de façon à s'assurer que la malade n'a pas de tendance à sortir de l'état de somnolence.

4° Entretenir la quiétude de la malade et l'empêcher d'être troublée pendant le travail par les bruits extérieurs.

5° Prolonger le sommeil après la naissance de l'enfant, en ayant soin que les cris de l'enfant ou tout autre bruit ne parviennent à ses oreilles, et qu'en la réveillant trop tôt, elle ne conserve le souvenir de ses douleurs.

Les avantages présentés par cette méthode consistent à soulager les douleurs sans les supprimer complètement, et à effacer aussi complètement que possible de la mémoire de la parturiente les souffrances pénibles de l'enfantement.

En résumé, on possède dans cette méthode d'anesthésie un moyen précieux de soulager les douleurs, préférable, dans la plupart des cas, aux anesthésiques volatils, non seulement en obstétrique, mais encore dans les opérations de grande chirurgie, telles que les laparotomies, les amputations, etc., quoique, quelquefois, on soit obligé de recourir à quelques gouttes de chloroforme, dans les longues opérations abdominables.

## Physiothérapie.

**Un cas de tic douloureux de la face guéri au moyen de l'ionisation salicylique**, par Verny (*Giornale di Elettricita med.*, 1907, n° 4). — L'auteur rapporte le cas d'un individu de 60 ans affecté depuis plus de deux ans d'une névralgie du trijumeau. Vingt ans auparavant, le malade avait eu un semblable accès suivi de nombreuses rechutes, qui entrainèrent une intervention chirurgicale consistant en une résection des nerfs sus-et sous-orbitaires. L'auteur prescrivit les courants galvaniques au malade qui avait usé en vain des divers médicaments. La technique était la suivante :

Une double couche d'ouate imbibée d'eau tiède fut appliquée sur la joue gauche de façon à ne pas obstruer l'œil et la bouche;

sur l'ouate était placée une large électrode d'étain placée au pôle positif. Le pôle négatif recouvert d'une peau de chamois et d'une surface de 16×24 était appliqué sur le dos ; l'intensité du courant était de 8 à 10 milliampères, et la durée d'application d'une heure. L'auteur, n'ayant obtenu aucun résultat avec cette méthode, eut recours à celle de Leduc par ionisation.

Il appliqua *loco dolenti* une épaisse couche d'ouate imprégnée d'une solution de salicylate de soude à 2 p. 100 sur laquelle il plaçait une large électrode en relation avec le pôle négatif. Du reste la technique était semblable à celle de l'opération précédente par galvanisation.

L'issue de ce traitement fut couronnée de succès, car au bout de quelques séances on observa une amélioration, et au bout de trois semaines d'ionothérapie, la guérison fut complète.

**Traitement du délire alcoolique** (*Revue de Thérapeutique*). — Si le pouls ne faiblit pas, si le thermomètre ne monte pas, il suffit, dit le Dr LEGRAIN, de maintenir le malade couché, sans jamais l'attacher. On donnera avec avantage plusieurs petits bains tièdes dans les vingt-quatre heures, et on administrera des boissons aqueuses abondantes (eau gazeuse, lait).

Les hypnotiques sont très dangereux, car ils provoquent de la dépression cardiaque ; il faut s'en tenir au seul chlorhydrate d'hyoscine en injections hypodermiques (1/2 à 2 milligrammes dans les vingt-quatre henres).

On ne donnera aucune boisson alcoolique, car l'alcool exerce une action stupéfiante.

---

*Le Gérant :* O. DOIN.

Imp. LEVÉ, 17, rue Cassette. — Paris-6e

# THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

## La méthode préventive en thérapeutique,

par le Dr P. LONDE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Faut-il croire ou ne pas croire à la thérapeutique? Telle est la question que se posait l'étudiant de notre génération, que se pose peut-être encore l'étudiant d'aujourd'hui, malgré le progrès de la médecine contemporaine. Entre le scepticisme (que justifient notre trop fréquente impuissance en l'art de guérir et la multiplicité des traitements prônés pour un même cas) et la crédulité du dévôt en thérapeutique, il y a place pour une opinion moyenne, qui repose sur ce fait que, malgré leur discordance, et quelquefois leur incohérence apparente, les médecins de l'Ecole traditionnelle s'entendent dans l'application d'un certain nombre de principes courants qui doivent constituer notre bréviaire. Derrière la diversité des religions, il y a la morale qui seule importe ; derrière la diversité des procédés thérapeutiques, il y a une méthode, toujours la même, dont l'importance majeure est trop souvent dissimulée derrière l'éclat d'une médication retentissante : c'est la méthode préventive. Prévenir, c'est faire le bien simplement, sans apparat charlatanesque ; rôle souvent ingrat, qui fait la gloire de la profession médicale. Comment le malade sera-t-il reconnaissant d'un mal qu'on a écarté de lui sans qu'il l'ait soupçonné ? Peu importe. C'est à la pratique de ce précepte qu'on reconnaît la bonne éducation médicale, aussi indispensable, sinon plus, que la connaissance des agents thérapeutiques.

Prévenir la maladie pendant l'imminence morbide, s'il en

les frais médicaux. Il en résulte qu'ils ne sont soignés ni assez tôt, ni assez longtemps, ni assez suivis. Ce n'est que le médecin qui peut sur ce point dissiper les préjugés par la persuasion, avec bienveillance et fermeté. Dégager le peuple du préjugé pharmaceutique, lui apprendre à distinguer la valeur commerciale d'un produit de sa valeur médicale, c'est déjà faire de la médecine préventive.

A l'état morbide, comme à l'état de santé, la vie ne consiste pas à se révolter contre les conditions de la nature, mais à les comprendre et à les remplir pour s'en libérer.

Qu'est-ce cela sinon la doctrine hippocratique amplifiée? Au nom de Pasteur, ne renions pas Hippocrate.

Prévenir (1) consiste à empêcher un état morbide arrivé à un certain stade de passer à un stade plus grave. Pour ce faire nous disposons de *moyens hygiéniques* et de *moyens thérapeutiques*. Avant tout essai thérapeutique, sauf dans certains cas urgents ou spécifiques, relativement peu nombreux, il faut remplir les conditions hygiéniques qui resteront toujours la base du traitement.

Le malade, fébricitant ou non, doit être mis à une *diète* absolue ou relative, en même temps qu'au *repos*. Ni le repos, ni la diète ne seront jamais trop stricts pour commencer. Le repos sera d'autant plus bienfaisant que l'*immobilité* sera plus absolue. Au malade qui jeûne, et qui ne se meut pas, il faut de la *chaleur*, source de toute vie.

Ainsi le malade (nous prenons comme type une maladie aiguë) sera au chaud, au repos et à la diète, ces mots étant pris dans leur sens le plus général, avec une infinie variété

(1) Cette étude fait suite aux articles suivants : L'état d'imminence morbide, *Semaine médicale*, 4 juillet 1906, n° 27, p. 313; L'unité morbide et la prophylaxie, *Revue scientifique*, 12 octobre 1907, p. 461; Le régime restreint, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 mai, p. 372, art. 2207.

On voit, d'après ce court aperçu déontologique, combien une thérapeutique étroitement et sèchement scientifique est insuffisante. Un homme qui n'est que savant est en général mauvais médecin ; celui qui n'est que psychologue est mauvais aliéniste. De plus, la thérapeutique basée uniquement sur la science des drogues serait trop souvent illusoire; car les bons médicaments, c'est-à-dire les médicaments indispensables, sont peu nombreux (1). C'est à eux presque uniquement que le médecin doit s'adresser; il lui suffira d'en bien connaître l'action et les ressources. Quant aux innombrables drogues, anciennes ou nouvelles, dont la renommée est ou flétrie ou trop précoce, il faut, dans la généralité des cas, les laisser de côté. Laissons-les du moins aux spécialistes en thérapeutique, c'est-à-dire à ceux qui les expérimentent en les prescrivant.

Nous ne craignons pas de dire que la jeune génération médicale doit secouer le joug de la *forme* qui impose encore à trop de confrères l'ordonnance routinière avec sa formule de potion obligatoire, souvent inutile, parfois nuisible, surtout dans le jeune âge. C'est trop chèrement, ou ridiculement, acheter la confiance réciproque qui doit lier l'un à l'autre le malade et son médecin. Celui-ci ne doit pas se réserver le privilège de connaître la vérité ; il faut dans la mesure du possible qu'il la mette à la portée des malades.

Ici, comme toujours, simplifier, c'est gagner du temps, de la peine, de l'argent : fait à considérer pour la majorité des gens. Les pauvres dépensent proportionnellement beaucoup trop en pharmacie et économisent également trop sur

(1) Consulter à ce sujet l'intéressante revue de M. L. GRIMBERT. La thérapeutique jugée par les chiffres, *Journal de Pharmacie et de Chimie*, 1907, 16 octobre, p. 353. Tome XXVI, 6e série.

œdème, le sérum antidiphtérique? les anthelminthiques, etc., l'iode et ses dérivés (actinomycose, etc.).

Contre *l'intoxication et l'infection*, *les principaux remèdes non spécifiques* sont : le vomitif, le purgatif et les cholagogues (salicylate et benzoate de soude, calomel) qui tous agissent, quand ils sont administrés à propos, en rétablissant des sécrétions taries. Tous ces agents agissent sur le tube digestif, où s'élabore la maladie interne. Quant aux antiseptiques proprement dits, on en fera le moins d'usage possible. Dans les affections des voies respiratoires, originaires des voies digestives, ils sont aussi employés (copahu, santal, térébenthine, créosote, soufre, etc.). Quelques-uns d'entre eux sont également utiles dans les maladies des voies urinaires à cause de leur élimination par ces voies.

Dans cette série des antiseptiques, nous placerons à part le *collargol* qui agirait tant en antiseptique qu'en activant le processus de défense au sein des tissus ; il ne serait pas antiseptique à proprement parler. Il n'est pas non plus spécifique de telle ou telle maladie (Netter, A. Robin, etc.).

En somme, dans le groupe des antiseptiques internes, il y a : 1° ceux qui agissent sur le tube digestif, en stimulant les sécrétions physiologiques ; 2° ceux qui agissent sur l'agent virulent ou ses produits de sécrétions ; 3° ceux qui, comme le collargol, agiraient favorablement dans les deux sens, c'est-à-dire contre le microbe d'une part, et, d'autre part, en augmentant les moyens de défense du milieu intérieur. Il est à remarquer que le salicylate de soude peut agir aussi, et comme excitateur dans la sécrétion biliaire, et comme antiseptique en se décomposant.

Les antiseptiques à employer à l'extérieur rentrent parmi les agents externes. Les *calmants* les plus utiles sont : l'opium, le chloral, l'antipyrine, l'aspirine, les bromures, la

dans l'application aux cas particuliers. Telle est la base de la thérapeutique à la fois empirique et pathogénique. Ces préceptes suivis avec intelligence seront souvent suffisants pour obtenir la guérison d'une maladie non spécifique. En tout cas, c'est toujours ce qu'il faut faire en attendant l'arrivée du médecin.

La raison en est bien simple : toute maladie non spécifique est causée par un *surmenage digestif* et *nerveux*. Tout le processus pathogénique se réduit à une auto-intoxication, suivie ou non de l'infection, et à des réactions nerveuses. La mise au repos du système nerveux de relation aide puissamment les réactions salutaires du système nerveux organique et inversement.

Les conditions hygiéniques remplies, le médecin peut s'adresser aux agents thérapeutiques.

Le *premier* de tous est *psychique*, c'est la persuasion dans le but d'obtenir la soumission du malade.

En *second* lieu viennent les *agents externes* généraux (bains, lotions) ou locaux (révulsifs ou applications de glace ou de compresses humides; radiothérapie; antisepsie externe : lavages de gorge, etc.).

En *troisième lieu* seulement viennent les *médicaments* : 1° spécifiques; 2° antitoxiques ou antiseptiques; 3° nervins (calmants et stimulants);

4° Spéciaux, c'est-à-dire s'adressant au fonctionnement d'un appareil en particulier (cardio-vasculaires et diurétiques, etc.);

5° Les toniques (arsenic, phosphore, chaux, fer).

Les médicaments *spécifiques* sont excessivement peu nombreux. Citons la quinine contre le paludisme, le mercure contre la syphilis, le traitement thyroïdien contre le myx-

œdème, le sérum antidiphtérique? les anthelminthiques, etc., l'iode et ses dérivés (actinomycose, etc.).

Contre *l'intoxication et l'infection*, *les principaux remèdes non spécifiques* sont : le vomitif, le purgatif et les cholagogues (salicylate et benzoate de soude, calomel) qui tous agissent, quand ils sont administrés à propos, en rétablissant des sécrétions taries. Tous ces agents agissent sur le tube digestif, où s'élabore la maladie interne. Quant aux antiseptiques proprement dits, on en fera le moins d'usage possible. Dans les affections des voies respiratoires, originaires des voies digestives, ils sont aussi employés (copahu, santal, térébenthine, créosote, soufre, etc.). Quelques-uns d'entre eux sont également utiles dans les maladies des voies urinaires à cause de leur élimination par ces voies.

Dans cette série des antiseptiques, nous placerons à part le *collargol* qui agirait tant en antiseptique qu'en activant le processus de défense au sein des tissus ; il ne serait pas antiseptique à proprement parler. Il n'est pas non plus spécifique de telle ou telle maladie (Netter, A. Robin, etc.).

En somme, dans le groupe des antiseptiques internes, il y a : 1° ceux qui agissent sur le tube digestif, en stimulant les sécrétions physiologiques ; 2° ceux qui agissent sur l'agent virulent ou ses produits de sécrétions ; 3° ceux qui, comme le collargol, agiraient favorablement dans les deux sens, c'est-à-dire contre le microbe d'une part, et, d'autre part, en augmentant les moyens de défense du milieu intérieur. Il est à remarquer que le salicylate de soude peut agir aussi, et comme excitateur dans la sécrétion biliaire, et comme antiseptique en se décomposant.

Les antiseptiques à employer à l'extérieur rentrent parmi les agents externes. Les *calmants* les plus utiles sont : l'opium, le chloral, l'antipyrine, l'aspirine, les bromures, la

valériane ; le camphre, l'aconit et la belladone le sont déjà beaucoup moins. Parmi les *stimulants*, le café, le thé, l'alcool (ou les boissons alcooliques) sont les plus fréquemment employés.

Les *toniques* ne sont que des médicaments de deuxième plan, d'une utilité très relative. Ils sont même, par l'abus qu'on en fait, plus souvent nuisibles qu'utiles.

Au total, un simple coup d'œil jeté sur la thérapeutique journalière nous montre que les spécifiques éprouvés sont très peu nombreux, et que, à défaut de spécifiques, la médecine consiste à activer les sécrétions libératrices de l'intoxication et de l'infection, en mettant au repos fonctionne l'organe ou le système malade.

Encore faut-il n'exciter les *émonctoires* que dans une petite mesure, sans médication perturbatrice. Le médecin prudent, ne sachant pas toujours à l'avance ce que durera l'action morbide, saura épargner l'énergie organique de son malade et s'assurer une réserve thérapeutique. Il est d'ailleurs une loi qu'il ne faut pas oublier : ne détournez jamais la nature de son effort spontané ; au contraire favorisez-la. La médication purement symptomatique ne doit entrer en jeu que pour combattre un symptôme d'une intensité excessive.

Quant aux *réactions nerveuses*, il faut savoir les respecter (comme beaucoup d'autres symptômes), se garder de calmer la douleur d'une façon inconsidérée, ou, par des stimulants inopportuns, d'épuiser les forces du malade.

Le meilleur calmant du système nerveux de relation est l'alitement avec ou sans diète. Le meilleur stimulant du système nerveux organique est encore le repos au lit.

Ainsi on fera le moins possible de *médication symptomatique ;* on emploiera toujours, quant on le pourra, les agents

externes de préférence à la médication interne. L'hygiène et la thérapeutique externe suffisent très souvent.

Comme il est peu de médications s'adressant à la cause même de la maladie, le but à poursuivre est, tout en surveillant les effets d'une cause une fois produite, de s'opposer aux conditions qui engendrent cette cause. Il ne s'agit souvent que d'un microbe saprophyte dont l'augmentation de virulence a été favorisée par un surmenage digestif ou nerveux. D'où la conséquence thérapeutique diète et repos.

On voit que la doctrine pathogénique, pour être utile, doit être appliquée *préventivement*.

De même que la maladie couve avant d'éclore, de même le traitement pathogénique d'un état morbide ne donne pas toujours son maximun d'effet immédiatement : n'agissant que sur les conditions de production de la cause, il ne supprime pas, du moins d'emblée, les lésions déjà réalisées, ce n'est qu'en raison de son pouvoir préventif que le traitement peut être couronné de succès.

Le médecin doit savoir ne rien faire; il doit savoir ce qu'il ne faut pas faire; il doit savoir enfin se refuser à essayer lui-même des médications condamnées d'avance à l'impuissance.

Il y a surtout deux catégories de maladies qui font vivre les charlatans : c'est d'une part les lésions incurables (exemple : certains cancers), d'autre part les troubles fonctionnels (asthénie congénitale) irrémédiables.

Le médecin consciencieux ne doit pas faire espérer à l'entourage, sinon au malade, une guérison complète sous l'influence de remèdes magiques.

Que le médecin se garde même d'une crédulité sincère mais aveugle, autant que du scepticisme.

Il ne tirera de sa science tout son pouvoir curateur qu'en

doutant quelque peu de lui-même. Non seulement il faut observer sans cesse pour tenir son diagnostic à jour et obtenir la guérison, mais il faut aussi prévoir le mal qui, facilement curable aujourd'hui alors qu'il est à peine né, peut être demain plus rebelle, et même incurable.

Pour être complet et efficace le traitement *s'adressera d'emblée, non seulement à l'état actuel, mais aussi à l'aggravation possible*, à la complication éventuelle ou à la rechute toujours à craindre.

Quand vous traitez une bronchite, une rougeole ou une coqueluche chez un enfant, c'est à la broncho-pneumonie qu'il faut penser tout de suite, et jusqu'à complète guérison. Dès qu'un nouveau-né a un peu de diarrhée, c'est l'entérite grave qu'il faut prévenir. Soigner une pneumonie consiste à en éviter l'extension et l'aggravation. Soigner une fièvre typhoïde ce n'est que s'opposer aux nombreuses complications auxquelles elle expose. Le jeune rhumatisant qu'on soigne en se basant uniquement sur les arthropathies actuelles va presque certainement au devant de la rechute, ou des complications cardiaques. Si vous avez à faire à une néphrite, n'est-ce pas l'imminence de l'urémie qui guide le traitement? Le problème est presque le même dans la scarlatine, l'albuminurie gravidique, etc.

Vous ne pouvez pas empêcher un cardiaque, un diabétique, un épileptique, un tabétique, un tuberculeux, un lithiasique d'être ce qu'il est; mais vous pouvez l'empêcher, dans une certaine mesure, de devenir ce qu'il n'est pas encore. Dans les maladies chroniques, c'est une thérapeutique soutenue, à longue échéance, qu'il faut entreprendre et apprendre au malade. Un traitement au jour le jour ne saurait s'opposer à la progression de la maladie. La diffi-

âge ou qu'il n'y entre que plus tard, ne germe vraiment que lorsqu'un surmenage digestif ou nerveux lui permet d'accroître sa virulence.

Ce qui intéresse le praticien ce n'est pas tant de savoir si la tuberculose pulmonaire se prend par le poumon, l'intestin ou les ganglions bronchiques, c'est de savoir que la bronchite, surtout latente et inconsciente, peut dégénérer en phtisie, surtout chez un surmené, un déprimé, un prédisposé. Craignez-vous le développement de la tuberculose chez ce bronchitique? Il n'y a ni remède spécifique, ni médication spéciale à chercher; ce qu'il faut, c'est, en vous inspirant de la méthode préventive, soigner sévèrement et énergiquement le moindre trouble persistant (toux, signes physiques, etc.), la base du traitement est ici, comme dans toute bronchite, en dehors des ventouses répétées, la diététique et le repos. C'est le coefficient de toxicité digestive qui, pour un sujet donné, exprime le taux d'aggravation de la bronchite, de la tuberculose, comme de toutes les maladies (d'une colique néphritique comme d'une névrose, etc.).

La bronchite n'est que l'équivalent morbide de l'entérite; et, chez un tuberculeux avéré, c'est encore par la diététique que l'on améliore les phénomènes pulmonaires. Suralimenter un bronchitique d'emblée, sous prétexte de tuberculose, est une faute évidente.

La dyspepsie, en s'opposant à la suralimentation, empêche souvent l'évolution clinique de la tuberculose, d'autant plus que le dyspeptique, généralement nerveux, a une conscience organique toujours en éveil qui le défend (1).

(1) L'origine digestive des maladies (ou, si l'on veut, l'importance du facteur digestif) n'est nullement contredite, mais bien au contraire confirmée, par ce fait que la dyspepsie est une réaction défensive, en particulier contre la suralimentation. (Voir à ce sujet les leçons de M. le professeur A. Robin.)

malade se prépare une infirmité ou une aggravation mortelle, qu'un peu de prudence eût évitée.

Qu'est-ce que quelques jours de sacrifiés, s'ils mettent à l'abri d'un sacrifice plus grand. N'est-ce pas une assurance contre la maladie et la mort?

Oui, dans bien des cas, la *méthode préventive en thérapeutique est avant, pendant et au cours de la maladie, une véritable assurance d'un remarquable bon marché contre l'adversité.*

Sans aborder ici la prophylaxie proprement dite des maladies spécifiques, prophylaxie qui relève surtout de l'hygiène publique, nous devons remarquer que chacun peut et doit éviter ces maladies, non seulement en se soumettant aux règlements d'hygiène, mais aussi en prenant pour lui et son entourage les mesures que comporte la méthode préventive que nous exposons. Les fautes commises contre l'hygiène individuelle préventive augmentent la réceptivité à la maladie spécifique, du moins à certaines d'entre elles, comme la rougeole. Plus rare et plus bénigne chez l'enfant au sein, elle est atténuée chez l'enfant au biberon par le régime restreint; peut-être serait-elle évitée par une diète suffisamment sévère. Il en est sans doute de même de la variole, de la scarlatine. Cette loi est plus évidente encore, quand il s'agit de fièvre typhoïde et surtout de tuberculose. Dans la majorité des cas, pour ces deux dernières maladies, le terrain est longuement préparé avant ou après la contagion nocive. Si nous sommes tous scientifiquement plus ou moins tuberculeux, si la tuberculose n'est plus vraiment spécifique, ni cliniquement, ni anatomiquement, ni même étiologiquement, c'est une maladie contre laquelle notre seul recours est la méthode préventive générale; et, tout en nous gardant de la contagion, il ne faut pas espérer une thérapeutique spécifique. Le bacille tuberculeux, qu'il soit en nous dès le jeune

âge ou qu'il n'y entre que plus tard, ne germe vraiment que lorsqu'un surmenage digestif ou nerveux lui permet d'accroître sa virulence.

Ce qui intéresse le praticien ce n'est pas tant de savoir si la tuberculose pulmonaire se prend par le poumon, l'intestin ou les ganglions bronchiques, c'est de savoir que la bronchite, surtout latente et inconsciente, peut dégénérer en phtisie, surtout chez un surmené, un déprimé, un prédisposé. Craignez-vous le développement de la tuberculose chez ce bronchitique? Il n'y a ni remède spécifique, ni médication spéciale à chercher; ce qu'il faut, c'est, en vous inspirant de la méthode préventive, soigner sévèrement et énergiquement le moindre trouble persistant (toux, signes physiques, etc.), la base du traitement est ici, comme dans toute bronchite, en dehors des ventouses répétées, la diététique et le repos. C'est le coefficient de toxicité digestive qui, pour un sujet donné, exprime le taux d'aggravation de la bronchite, de la tuberculose, comme de toutes les maladies (d'une colique néphritique comme d'une névrose, etc.).

La bronchite n'est que l'équivalent morbide de l'entérite; et, chez un tuberculeux avéré, c'est encore par la diététique que l'on améliore les phénomènes pulmonaires. Suralimenter un bronchitique d'emblée, sous prétexte de tuberculose, est une faute évidente.

La dyspepsie, en s'opposant à la suralimentation, empêche souvent l'évolution clinique de la tuberculose, d'autant plus que le dyspeptique, généralement nerveux, a une conscience organique toujours en éveil qui le défend (1).

(1) L'origine digestive des maladies (ou, si l'on veut, l'importance du facteur digestif) n'est nullement contredite, mais bien au contraire confirmée, par ce fait que la dyspepsie est une réaction défensive, en particulier contre la suralimentation. (Voir à ce sujet les leçons de M. le professeur A. Robin.)

Quand, chez un tuberculeux, le travail digestif se fait trop vite, mais incomplètement, et sans provoquer de malaise, il risque, en mangeant trop, de se surmener intérieurement et inconsciemment, d'autant plus que l'euphorie, qu'entraîne la satisfaction de la boulimie, le porte à se fatiguer, quand il devrait se reposer.

Forel, dans un livre remarquable (1) où il demande plus d'honnêteté dans la thérapeutique, pense que l'abstinence totale des boissons alcooliques est nécessaire pour supprimer l'alcoolisme, parce que les petits alcooliques par leur nombre, leur exemple et leur descendance sont plus dangereux que les grands.

Il en est ainsi dans toute œuvre de médecine : il faut préventivement et énergiquement combattre le mal à son origine, dès qu'il couve, avant son éclosion : cette loi fondamentale de prophylaxie s'applique aussi bien à l'hygiène privée qu'à l'hygiène publique, aussi bien à l'hygiène de l'esprit ou à la morale, qu'à l'hygiène du corps. C'est aussi la loi fondamentale de la médecine pratique.

Ainsi, thérapeutique préventive ne veut pas dire nécessairement médication préventive : la médication préventive, en dehors des maladies spécifiques n'est qu'un adjuvant.

La *meilleure thérapeutique se fait sans drogues.* N'ayant pour but que le bien du malade, elle procède du rôle moral auquel doit prétendre le médecin, comme éducateur et comme consolateur, autant que comme guérisseur (j'ajouterai comme conciliateur). Car s'il est vrai que les maladies mentales dépendent souvent des maux du corps, il n'est pas moins vrai que les maladies organiques sont souvent la conséquence directe ou indirecte d'un conflit d'intérêts ou

(1) AUGUSTE FOREL. *L'âme et le système nerveux.* G. Steinheil, éditeur, Paris, 1906, page 231.

de sentiments. Au médecin appartient la tâche de donner à son client l'appui moral dont il a besoin pour triompher de lui-même ou des autres.

Un exemple :

La cure des neurasthéniques, chez qui les rapports du physique et du moral sont si étroits, doit être essentiellement morale. L'intérêt que le médecin porte au cas particulier qu'il observe communique déjà au patient une sensation de bien-être qui réchauffe son cœur transi.

Là encore, c'est à poursuivre la *vérité*, à la lumière du *bon sens*, que nous devons nous attacher. Celui-là rabaisse son prestige qui n'est capable que d'une sotte flatterie, inutile et même dangereuse, pour son protégé. Il faut s'abstenir des conseils hasardeux comme des médications douteuses. Il faut savoir ne pas subir l'entraînement des mauvais exemples et de la mode.

Nous réprouvons l'*abus* de l'opothérapie, de l'électrothérapie, des médications thermales, des succédanés du lait dans la première enfance comme la manie de donner des médicaments sous prétexte d'amuser un patient.

C'est le malade ignorant ou sot qui demande à être trompé, ou plutôt se laisse tromper.

Or, nous devons instruire le malade et son entourage pour en faire des collaborateurs ; et nous tendrons de plus en plus vers plus de vérité, en dédaignant nos propres préjugés et en combattant ceux des autres. Il faut non seulement ne s'attacher qu'à la vérité, mais aussi avoir le courage de la montrer.

Dans l'évolution de la société, le corps médical ne peut que gagner en considération en remplissant son *rôle social* : ce rôle est immense puisque, tant comme hygiéniste que comme clinicien, il s'adresse à l'esprit comme au corps, en

dirigeant ses semblables dans la lutte contre le mal; maladies somatiques, maladies mentales, maladies morales, maladies sociales, à toutes les mêmes lois sont applicables.

---

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1908

Présidence de M. PATEIN.

### Communications.

(*Suite et fin.*)

II. — *Nouveau cas de guérison apparente de la cirrhose atrophique du foie par l'organothérapie. — Complication de coqueluche traitée par le fluoroforme,*

par le Dr E. SCHOULL (de Nice), Correspondant.

La cirrhose atrophique du foie dont l'évolution, pour ainsi dire fatale, laissait le médecin presque désarmé, semble depuis quelque temps, grâce à l'opothérapie, entrer dans le domaine des maladies curables. Les faits apportés par MM. L. Galliard et Paul Oulmont de guérison apparente de cirrhose atrophique par l'opothérapie sont bien nets.

La question est fort importante certes, et toutes les observations de ce genre méritent d'être rapportées : celle que j'ai l'honneur de présenter à la Société offre un double intérêt thérapeutique, corroborant tout d'abord les faits apportés déjà sur l'efficacité de l'opothérapie hépatique dans la cirrhose, puis donnant une nouvelle preuve de l'influence favorable de l'*eau fluoroformée* dans la coqueluche et semblant démontrer l'action prophylactique de cet agent, dont notre très distingué collègue M. Paul Tissier a doté heureusement la thérapeutique.

*1° Observation de cirrhose.*

Le petit Giovannino B..., né le 19 septembre 1903, avait été

laissé en nourrice à Nuoro (Sardaigne) à l'âge de quatre mois et demi, par sa mère, venue à Tunis, comme nourrice au sein. Jusqu'à l'âge de deux ans, l'enfant était merveilleux de force, de santé et d'intelligence. Malheureusement les personnes chez qui il se trouvait prirent, à ce moment, la déplorable habitude de lui donner du vin, d'abord coupé d'eau, puis pur, que le petit Giovannino, qui y avait pris goût, était arrivé à boire par grands verres.

L'effet ne se fit pas attendre : au bout de six mois déjà l'enfant, qui n'avait jamais été malade, perdait l'appétit et se plaignait de malaises auxquels on ne prit garde. D'aimable, gai et alerte, il devint morose, triste et apathique; des troubles gastriques se déclarèrent, le ventre prit, petit à petit, un développement anormal.

La mère de Giovannino, revenue pour quelques jours en Sardaigne au commencement de 1907, fut justement alarmée de l'état de son enfant, qu'elle retira de nourrice et confia à sa famille : il fut complètement sevré de vin et mis, sur le conseil d'un médecin, au régime lacté. Il était trop tard malheureusement : les symptômes morbides s'accentuèrent de plus en plus, et Mme B... qui, après avoir nourri mon fils, était restée à mon service, fut appelée d'urgence (novembre 1907) auprès de son enfant dont l'état était extrêmement grave. J'avais engagé la pauvre mère, affolée, à me ramener son enfant s'il était en état de supporter le voyage : au bout de trois semaines, elle revenait avec lui.

Ce qui frappait tout d'abord, en voyant le petit Giovannino, était l'exiguïté de sa taille qui, paraît-il, ne s'était nullement accrue depuis l'âge de deux ans et demi; il mesurait exactement, à son arrivée à Nice (fin novembre), 0 m. 86 (alors que son frère de lait, mon fils, de quatre mois plus âgé seulement, grand et vigoureux pour son âge, il est vrai, mesurait 1 m. 10). — Etat cachectique très prononcé, maigreur extrême, muqueuses décolorées, yeux cernés et excavés, faiblesse très grande : le pauvre petit, si vigoureux jadis, paraît-il, peut à peine marcher,

titube et tombe à chaque instant. — Comme contraste frappant à la gracilité des membres, le ventre est énorme, mesurant 0 m. 69 au niveau de l'ombilic; ascite, que l'on peut évaluer à 1 litre et demi environ : le liquide se déplace facilement.

Avec cela, météorisme très accusé; foie à peine perceptible à la percussion; la rate, que l'on arrive à délimiter malgré le météorisme, est grosse, mais ne peut être mesurée exactement. Langue sèche, soif vive, appétit nul. Alternatives de constipation et de diarrhée, avec selles de coloration normale, mais glaireuses. Urines rares (50 cc. par 24 heures), troubles, légèrement albumineuses; pas de sucre. Rien au cœur ni aux poumons. Intelligence nette : mais, sauf quand on l'interroge, l'enfant ne cause jamais, est triste, apathique, pleure silencieusement sans raison; ses nuits sont agitées et il se plaint en dormant. La température est au-dessous de la normale, oscillant entre 35°9 et 36°4.

Aucune tare héréditaire : parents bien portants et sains.

Pendant son séjour en Sardaigne, l'enfant avait été soumis déjà, depuis un certain temps, au régime lacté exclusif et traité par des diurétiques et de petites doses d'iodure, tout cela sans résultat. A son arrivée à Nice, le régime lacté fut continué, mais ne fut pas supporté, même en additionnant le lait d'eau de Vichy ou d'eau de chaux; le kéfir ne fut pas supporté davantage. Aucun aliment n'étant toléré, on dut se contenter de nourrir l'enfant avec des bouillons de céréales, puis on essaya des farines alimentaires, qui furent digérées. Comme traitement médicamenteux : tous les huit jours un peu de calomel (3 centigrammes en cinq prises); eau lactosée; théobromine (30 centigrammes par jour en deux fois); eau de Vichy Grande-Grille (1 cuillerée à soupe matin et soir); frictions sur le ventre, matin et soir, avec du savon noir, additionné d'iodure à 2 grammes pour 30. Au bout de trois semaines seulement, les urines devinrent plus abondantes (jusqu'à près d'un litre par jour), claires, sans albumine; les selles se régularisèrent; l'appétit revenait, avec des digestions plus normales. Malgré cela, l'état général ne se modifiait guère

et le ventre restait gros, sans la moindre diminution à la mensuration.

Devant la tolérance de l'estomac, je commençai alors (fin décembre) le traitement opothérapique par le foie de porc cru (25 grammes par jour); bien supporté au début, il provoqua au bout d'une huitaine de jours une extrême répugnance et des troubles digestifs, vomissements et diarrhée. Je remplaçai le foie cru par la poudre d'extrait de foie, à la dose d'une cuillerée à café par jour. Les diurétiques variés (théobromine, lactose, stigmates de maïs, nitrate de potasse) étaient continues, et la débilité générale était combattue par un sirop contenant du lactophosphate de chaux, iodure de fer, gentiane et cacodylate de soude (5 milligrammes par jour), alternant avec du sirop de quinquina.

L'effet de l'opothérapie fut réellement inespéré : au bout de trois semaines à peine, l'état général se remontait, le ventre diminuait de volume, la rate également; toutes les fonctions physiologiques reprenaient peu à peu leur cours naturel: l'enfant redevenait gai, vif, s'amusait, arrivait à courir sans trébucher; tout cela progressivement, bien entendu. Trois mois après, l'enfant n'était plus reconnaissable et, sauf l'exiguïté de sa taille, qui ne s'était en rien modifiée, avait toutes les apparences d'une santé parfaite, ses membres avaient repris un volume normal, son ventre ne mesurait plus que 52 centimètres; on ne trouvait plus trace de liquide, le foie était nettement perceptible à l'examen, alors que la rate ne se révélait plus à la percussion. Le manque d'accroissement de la taille, accroissement que j'espérais en présence de la disparition progressive et régulière des troubles morbides, me fit supposer que l'insuffisance thyroïdienne avait accompagné l'insuffisance hépatique. Je fis donc de l'opothérapie associée ou plutôt, devant la guérison apparente de la cirrhose, je remplaçai l'extrait de foie par l'extrait de corps thyroïde (une demi-tablette par jour de thyroïdine Byla). Aujourd'hui 3 novembre, c'est-à-dire moins d'un an après les accidents graves que j'ai signalés plus haut, et sept mois après le traitement thy-

roïdien (continué pendant un mois et demi sans inconvénient), le petit Giovannino B..., que j'ai gardé auprès de moi, est un enfant superbe, robuste, alerte, gai, et mesure 94 centimètres, soit un accroissement de taille de 8 centimètres alors que mon fils, qui se porte à merveille, n'a augmenté dans le même laps de temps que de 7 centimètres et demi. Le ventre ne mesure plus, au niveau de l'ombilic, que 47 centimètres. Je n'ai pu peser l'enfant.

S'agit-il seulement, dans le cas particulier, d'une guérison *apparente?* Devant la persistance des résultats obtenus, devant le développement régulier de l'enfant, dont tous les organes paraissent maintenant absolument sains, j'ose espérer la guérison *définitive.* Certes, chez l'adulte, l'opothérapie a pour résultat, non seulement de suppléer en partie à l'organe défectueux, mais aussi de donner aux éléments encore sains une suractivité fonctionnelle qui permet — qu'on me passe l'expression — de suppléer à la « quantité » par la « qualité »; mais il semble difficile d'espérer une régénération. Il n'en est plus de même chez l'enfant, et l'accroissement progressif de l'organe, où se fait l'apport d'éléments nouveaux et normaux, permet, après disparition de la cause sclérogène, cette régénération à laquelle l'adulte ne saurait prétendre. Dans le cas que je relate, je crois, en toute sincérité, à une guérison complète.

## DISCUSSION

M. Créquy. — M. Schoull se demande, dans son observation, si l'enfant qu'il a traité par l'extrait de foie s'est trouvé réellement guéri ou s'il n'a bénéficié que d'une amélioration temporaire; j'ai obtenu, au moyen de la même thérapeutique, une amélioration qui ressemblait aussi à une guérison. J'ai eu à soigner un homme de 50 ans, qui semblait à la phase terminale d'une cirrhose atrophique. L'ascite était considérable; on avait, à plusieurs reprises, fait des ponctions d'une dizaine de litres. La distension du ventre était énorme, l'enflure des bourses leur donnait le volume d'une vessie. J'ai eu l'idée d'essayer chez ce malade

l'extrait de foie et rapidement une amélioration considérable survint. Le liquide diminua en quantité notable, et depuis trois ans cette amélioration se maintient.

M. Burlureaux. — Combien de temps M. Créquy a-t-il employé l'extrait hépatique?

M. Créquy. — J'en ai fait un usage assez prolongé, de deux à trois mois.

M. Vaudin. — M. Créquy voudrait-il nous donner quelques renseignements sur la manière dont sont préparés ces extraits de foie, et nous indiquer auquel d'entre eux, plus spécialement, il a eu recours ?

M. Créquy. — Je ne connais pas, dans ses détails, la fabrication de ces extraits. J'ai employé l'extrait de foie de Montcourt, de Boulogne.

M. Chevalier. — Je pourrai, si vous le désirez, vous apporter à la prochaine séance tous les renseignements techniques sur la préparation de ces extraits, et leurs différentes préparations industrielles.

M. Burlureaux. — MM. Gilbert, Carnot et Choay se servent du foie de porc frais ; il est placé dans des appareils qui le déshydratent dans le vide puis il est pulvérisé et mis en cachets.

M. Chevalier. — Pour cette préparation, il faut un vide absolu, un vide de 740$^{mm}$ au moins, afin d'obtenir des produits qui ne deviennent pas glutineux. Ce vide ne peut être obtenu dans les pharmacies et nécessite des laboratoires ou des installations industrielles.

M. Chassevant. — J'ai suivi les travaux de MM. Gilbert, Carnot et Choay. En 1900, ils préparaient l'extrait du foie en faisant d'abord macérer le foie dans l'eau, en présence de chloroforme, puis le liquide était évaporé dans le vide à basse température. M. Choay est parvenu maintenant à perfectionner ce système et évapore à une température voisine de 0°. Un autre procédé fournit encore des produits supérieurs; il consiste simplement à pulper le foie, c'est-à-dire à le débarrasser de la capsule et des éléments fibreux, cette pulpe est évaporée.

M. Choay prépare d'excellents extraits obtenus de cette manière.

M. CATILLON. — Quand on parle des produits opothérapiques il faut distinguer. On ne prépare pas de la même façon l'extrait soluble destiné aux injections hypodermiques et celui qui doit être absorbé par la voie stomacale? M. Choay vient de faire une communication dans laquelle il dit que, pour les préparations de foie, il faut modifier le moins possible l'organe, le dessécher seulement sans le traiter par l'éther. Je crois que la graisse est cependant un élément nuisible à la conservation, qui ne contient pas de principes actifs et qu'il y à intérêt à en débarrasser les produits. Je demande à M. Chassevant si, par la dessiccation seule, on peut obtenir des produits injectables et inaltérés.

M. CHASSEVANT. — MM. Gilbert, Carnot et Choay ont cherché surtout à établir des produits qui se rapprochent le plus possible des produits naturels et destinés à être ingérés. La rapidité avec laquelle on parvient à les préparer réduit considérablement les chances d'altération. J'ai vu M. Choay préparer en 24 heures l'organe desséché dont nous avions besoin.

M. CATILLON. — M. Chassevant a-t-il comparé l'extrait obtenu par cette méthode à ceux de la formule Brown-Séquard par épuisement par la glycérine et qui se conservent pendant plusieurs années ?

M. CHASSEVANT. — C'est parce qu'on n'avait pas obtenu les résultats désirés avec la méthode de Brown-Séquard que l'on a cherché des procédés qui nous fournissent des résultats supérieurs.

M CHEVALIER. — J'ai étudié avec M. Fontenille la question de la fabrication industrielle des extraits et, en particulier, des extraits organiques et j'ai fait fabriquer un appareil avec lequel je peux dessécher 50 kilogrammes de pulpe en quatre heures et évaporer 500 litres de macération en une heure, ces appareils sont industriels et utilisés journellement non seulement dans l'industrie pharmaceutique mais dans la grosse industrie chimique.

*2° Fluoroforme et coqueluche.*

M. SCHOULL. — Ainsi que je le disais au début, ma communication, que j'ai dédoublée à dessein, comporte un autre résultat thérapeutique, comme on va en juger : A la fin de février 1908, le petit Giovannino B..., incomplètement remis encore de sa grave maladie, fut atteint d'une coqueluche intense : les quintes prirent rapidement une grande fréquence, dépassant quarante par vingt-quatre heures, et la maladie se compliqua d'accidents broncho-pulmonaires que je combattis avec la dernière énergie, et sans trop d'espoir je l'avoue, en raison de l'état du pauvre enfant (je fais grâce de l'observation détaillée). Les accidents broncho-pulmonaires purent être enrayés, et je joignis au traitement l'eau fluoroformée (fluoroforme d'Adrian) à dose progressive jusqu'à CXX gouttes par jour. Les quintes diminuèrent d'intensité et de fréquence ; dans la journée, elles ne dépassaient pas six à huit au bout d'une semaine ; dans la nuit, où elles atteignaient vingt-quatre à trente, elles tombèrent, en 15 jours, à trois ou quatre. Au bout de cinq semaines de maladie, le petit Giovannino était guéri complètement et, depuis lors sa santé générale a toujours été en s'améliorant, au point que c'est actuellement, je le répète, un enfant superbe.

Mais mon fils, qui avait pris son frère de lait en profonde affection, ne voulut jamais se séparer du petit Giovannino, qu'il ne quittait ni jour ni nuit. Toutes les tentatives de séparation, nécessitée par la maladie du pauvre enfant et les dangers de contagion, étaient suivies de telles crises de désespoir qu'un papa, fût-il médecin, ne peut y résister. Je dus me résoudre donc à laisser en contact permanent les deux enfants. Malgré toutes les précautions d'antisepsie des voies respiratoires, inhalations et autres, mon fils commençait à tousser bientôt ; j'eus alors l'idée de lui donner, à titre préventif, l'eau fluoroformée, aux mêmes doses que le petit malade (ce dont il n'éprouva, du reste, aucun inconvénient) ; la toux s'arrêta et mon fils *ne prit pas la coqueluche.*

Y a-t-il là simple coïncidence? Je ne crois pas, car l'affection semblait débuter déjà. Quoi qu'il en soit, en présence d'un cas de coqueluche, il sera bon, tout en ayant recours au fluoroforme à titre curatif, de le donner aussi à titre préventif à l'entourage du malade, surtout si de nouvelles observations venaient corroborer dans ce sens l'efficacité de ce précieux agent thérapeutique.

### DISCUSSION

M. VIRON. — Dans sa note, M. Schoull parle des bons résultats qu'il a obtenus pour calmer les quintes de coqueluche avec le fluoroforme. A ce propos il n'est peut-être pas inutile de rappeler que M. Auger a démontré qu'il n'existait pas de fluoroforme dans la solution donnée sous ce nom ou, du moins, dans la préparation de ce nom livrée par une maison allemande. C'est un point qu'il faut bien préciser quand on parle des propriétés de ce médicament.

M. PATEIN. — Ces analyses de M. Auger s'appliquent à une spécialité allemande et non à l'eau fluoroformée qui contient incontestablement du fluor.

M. BARDET. — Je suis heureux de voir M. Viron appeler notre attention sur cette question du fluoroforme, car je crois qu'il y a là un malentendu qu'il est bon d'expliquer. Lorsque, pour la première fois, notre collègue Tissier nous a apporté ses observations si favorables dans l'emploi du fluoroforme, on a dit que cette solution était au titre de 2,7 pour 100. Nous avons tous cru qu'il s'agissait d'un dosage en poids ; or, il est démontré actuellement que ce chiffre est établi en volume.

Par conséquent, 100 grammes ou 100 centimètres cubes de solution ne contiennent qu'un peu moins de 3 centimètres cubes de fluoroforme gazeux, c'est-à-dire une quantité réellement infime et d'autant plus petite que l'on doit compter avec l'évaporation, laquelle doit certainement faire perdre une proportion notable du produit actif.

Il résulte de cette notion que la mise en évidence du fluoro-

forme, par l'analyse, doit être très difficile. Il y a quelques mois j'ai voulu me rendre compte du fait, et j'ai cherché le fluor par évaporation, en présence d'alcali pour fixer le fluor. Pour obtenir un résultat positif, il a fallu évaporer des quantités considérables de produits (plus d'un litre), et encore la mise en évidence de l'acide fluorhydrique était-elle très peu marquée, ce qui est tout naturel.

Il semble donc bien que, au point de vue chimique, la solution de fluoroforme renferme si peu de cette substance qu'on peut dire que cette quantité doit être considérée comme nulle. Et cependant, fait extraordinaire, éminemment paradoxal, nous sommes contraints de reconnaître que toutes les fois que des médecins ont administré le fluoroforme qui nous est offert, ils ont obtenu des résultats des plus sérieux. J'ai moi-même eu l'occasion de voir des coquelucheux traités par cette méthode, et je suis obligé de dire que, à ma grande stupéfaction, les accès se sont modifiés en nombre et en intensité de la façon la plus remarquable, malgré l'apparence indifférente du médicament. C'est là une question de fait contre laquelle il n'y a pas d'argumentation possible.

Que conclure? Dirons-nous qu'il y a là une simple coïncidence, que c'est une question de suggestion vis-à-vis du médecin et du malade; cela ne me paraît pas possible. En effet, la coqueluche n'est pas une maladie cérébrale, il s'agit au contraire d'une infection caractérisée qui détermine les phénomènes spasmodiques. Par conséquent, pour que l'administration du fluoroforme produise des résultats aussi constants, malgré le plus grand scepticisme, nous sommes obligés d'admettre qu'il existe dans ce médicament un agent vraiment actif.

## Présentations.

*Traitement de la tuberculose par les injections intraveineuses de fluorure de sodium, d'après les recherches du Dr Miguel Gil Caravès, de Santiago,*

par GEORGES ROSENTHAL.

Parmi les travaux du Congrès de Saragosse, je tiens à appeler l'attention de la Société sur le travail suivant, dont je présente le résumé uniquement à titre de documentation :

Le Dr Miguel Gil Caravès, professeur de clinique médicale à l'Université de Santiago (Espagne), vient de faire, au congrès espagnol de la tuberculose à Saragosse, une communication sur l'emploi du fluorure de sodium par voie intraveineuse dans la tuberculose pulmonaire. Il se sert d'une solution chlorurée physiologique dosée à 3,5 p. 100; la dose par jour est de 4 cc. en deux injections.

Les injections ne produisent pas de douleur locale si elles sont bien appliquées; mais si elles sont données hors des veines, la douleur est terrible.

Quelques minutes après, la plupart des malades ont une brève douleur au ventre, dont la cause n'est pas jusqu'à présent suffisamment connue. Cette douleur au ventre paraît être plus aiguë si les malades ont l'estomac vide.

D'après l'auteur, les résultats de la médication « sont admirables ». Les malades mangent mieux qu'auparavant; leur poids augmente; la toux, l'expectoration et les bacilles diminuent ou disparaissent complètement; les phénomènes locaux s'atténuent et même disparaissent; la fièvre vespérale descend. Le résultat ne se fait pas attendre, puisqu'il s'obtient dans un délai de quelques semaines ou quelques mois, à condition que les malades ne se trouvent pas dans la dernière période où ils ne souffrent pas d'une tuberculose aiguë fébrile. Du reste, le professeur Gil Caravès aurait obtenu l'amélioration de la maladie en un cas à peu près désespéré.

—

Il croit que le traitement par le fluorure de sodium est supérieur à tous ceux connus jusqu'à présent et, d'autre part, le traitement est tout à fait inoffensif, puisqu'il a fait des milliers d'injections pendant plusieurs mois à ses malades sans provoquer le moindre accident.

En dépassant les doses journalières de 14 ou 15 centigrammes de fluorure de sodium, on provoque des signes d'intoxication très passagère qui consistent en soif, anorexie, vomissements, fièvre, tremblement, insomnie, etc.

Tel est le résumé des recherches de notre savant confrère. Nous leur souhaitons une prompte confirmation. Mais il nous a paru intéressant, fût-ce à titre de documentation, de signaler cette recherche de traitement antiseptique par injections intraveineuses, qui rappelle les recherches italiennes de Bacelli et les injections intraveineuses antiseptiques de sublimé. Il est possible qu'il y ait là une voie féconde, soit que les injections agissent comme antiseptiques, soit qu'elles agissent en réveillant les forces latentes de l'organisme.

DISCUSSION

M. Chevalier. — La méthode intraveineuse est certainement très employée à l'étranger. Mais il ne faut pas oublier que c'est une méthode très dangereuse et, à côté des résultats favorables qu'on a pu signaler, il ne faut pas négliger de rappeler qu'à la rubrique « Toxicologie » on a signalé de nombreux accidents mortels observés à la suite de ces injections intraveineuses.

M. Bardet. — Je suis heureux que le hasard de la présentation faite par M. G. Rosenthal ramène dans la discussion la question de l'emploi thérapeutique des composés du fluor. Il ne faut pas oublier que déjà depuis longtemps plusieurs médecins, et surtout notre collègue le professeur Albert Robin, ont préconisé l'emploi des composés fluorés alcalins, et notamment le fluorure d'ammonium. Ces sels agissent, à des doses si faibles qu'elles sont presque invraisemblables, sur les phénomènes de fermentation. On sait que M. Effront a reconnu ces phénomènes, et que

grâce à lui la brasserie fait un grand usage du fluorure d'ammonium pour empêcher la fermentation lactique dans la fabrication de la bière. C'est justement en se basant sur ce fait, qu'Albert Robin administre systématiquement de petites doses de fluorure d'ammonium contre les fermentations gastriques anormales dans le but d'empêcher ou d'entraver la formation de l'acide lactique.

Généralisant cette application, notre éminent collègue a cru pouvoir supposer que l'administration de fluorure pouvait être capable de modifier la vie cellulaire, celle-ci pouvant être logiquement envisagée en biologie, comme un véritable phénomène de fermentation. En ce moment, M. Albert Robin fait des essais dans ce sens chez les tuberculeux. On voit donc que le travail de notre confrère M. Caravès est absolument dans une direction logique et moderne, ce dont il faut le féliciter.

Reste à savoir si le procédé d'administration par voie intraveineuse, qui tend d'ailleurs à se généraliser, surtout à l'étranger, et qui commence à être utilisé en France est vraiment recommandable. Je vous avoue que, comme M. Chevalier, je suis un peu étonné de voir appliquer cette méthode lorsqu'elle ne s'impose pas par l'urgence. Je conçois que l'on administre un médicament héroïque par la voie intraveineuse lorsqu'il y a péril imminent : par exemple dans une crise asystolique qui met la vie du malade en danger. Mais vraiment, lorsque la voie gastrique ou hypodermique est suffisante, lorsqu'il s'agit simplement de modifier la nutrition d'un sujet, est-il bien utile de choisir la méthode intraveineuse? Je ne le pense pas, et je crois que ce procédé est d'autant plus fâcheux que nous ne le connaissons pas très bien, et que l'activité du médicament risque de dépasser en intensité les effets que nous connaissons.

Ceci dit, et pour conclure, je n'hésite pas à reconnaître que le travail de M. Caravès est intéressant et qu'il apporte un nouveau document à l'étude des composés fluoriques dont l'intérêt est très grand, et qui me paraît susceptible de rendre d'incontestables services au traitement des maladies de la nutrition. Je

crois même que les chimistes nous rendraient un grand service en étudiant, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici, les préparations des dérivés organiques du fluor. Je crois, par exemple, que si nous avions à notre disposition les éthers gras (de la série du méthane) du fluor, ils nous rendraient un véritable service.

M. GEORGES ROSENTHAL. — Je répondrai aux deux objections que me formule M. Bardet que j'ai été moi-même étonné de la tolérance des malades.

Certes, la méthode intraveineuse est dramatique et on connaît les réactions formidables que peuvent produire les injections de métaux colloïdaux. J'ai vu, dans un cas de broncho-pneumonie chez un adulte, qui semblait désespéré, la température monter et se maintenir au-dessus de 41° pendant deux heures, et cependant le malade guérit, à la suite d'une injection intraveineuse d'argent colloïdal (Electrargol). J'ai eu également, à la suite d'injections endoveineuses de cyanure de mercure, des résultats que je considère comme des plus remarquables.

Quant au fait de rapporter une communication sur les effets du fluorure de sodium dans la tuberculose, je suis guidé par cette conviction que le malade d'hôpital qui a des râles fins sous les deux clavicules et qui ne peut aller se soigner dans un sanatorium est irrémédiablement perdu; du moins je n'en ai jamais vu s'améliorer. Aussi, lorsqu'on nous propose une méthode qui paraît bonne et pas dangereuse, je trouve que notre devoir est de rechercher si on ne nous offre pas un meilleur moyen d'améliorer des malades qui, dans l'état actuel de la science, restent abandonnés.

La séance est levée à 6 heures.

*Le Secrétaire de service,*

CHEVALIER.

## VARIÉTÉS

### La Clinique du cœur.

Le mois dernier, devant une réunion nombreuse d'élèves et d'amis, H. Huchard inaugurait la *Clinique du cœur* qu'il vient de fonder rue Blomet. On n'a jamais que l'âge de ses artères, dit souvent M. Huchard, et à ce titre il peut se vanter d'être encore un homme jeune et de pleine activité. Et pourtant l'âge est là, inexorable, avec sa limite qui ne tient compte ni des services rendus ni de ceux qui peuvent l'être encore! Le maitre de Necker doit donc quitter son hôpital.

Va-t-il donc demeurer inactif? Renoncera-t-il à cet enseignement qui chaque semaine fait affluer vers son amphithéâtre un nombreux auditoire? Que non pas, Huchard a créé rue Blomet un dispensaire et une école, la *Clinique du cœur*, où ses élèves, étudiants ou médecins, le retrouveront et personne ne doute que l'auditoire ne s'y retrouve tout entier, pour profiter des leçons si remarquables dont ils ont pris l'habitude.

A l'inauguration, notre directeur, M. le professeur Albert Robin, a prononcé un petit discours vraiment de circonstance et que nous tenons à reproduire, car il vaut non seulement par le fond mais encore par la forme, qui est parfaite :

« Mon cher Huchard,

« Vous ne connaîtrez donc jamais le repos! « Heureux, parce qu'ils agissent! » Voilà ce que votre vie exprime, à l'encontre du mot découragé de Luther qui, lui, se fatigua! Avant que soit terminée votre carrière hospitalière, qui a jeté sur notre corps médical un ineffaçable lustre, vous avez pensé à vous assurer un nouveau travail, en créant cette Clinique du cœur que nous inaugurons aujourd'hui.

« Vous avez voulu mieux que cela. Ceux qui connaissent l'étendue de votre cœur, à vous, savent que ce motif de travail n'est pas le seul, et que vous avez eu encore quelque idée de

donner plus longtemps aux pauvres gens le secours de votre maîtrise.

« Cette maîtrise que vous détenez sans conteste, après plus de quarante ans de labeur et de découvertes qui ont révolutionné la thérapeutique des cardiopathies, vous ne l'avez pas obtenue sans luttes ; mais ce sont ces luttes mêmes qui l'ont affermie.

« Vous avez de bons et fidèles amis, mon cher Huchard, mais vous avez autant et sinon plus d'ennemis. Et, bien des fois, au cours de notre vieille amitié, j'ai saisi sur votre visage l'expression de quelque tristesse, quand vous étiez injustement attaqué ou méconnu. Sentiment bien humain, surtout pour des cœurs haut placés comme le vôtre — il est bien permis, en ce milieu, de parler souvent du cœur — que d'être réconforté par l'affection et assombri par l'injustice ! Mais, en réalité, cette manière de sentimentalité ne correspond plus aux exigences de la vie actuelle.
« Les amis, c'est de la beauté, c'est une sorte de réalisation d'un idéal à la fois abstrait et effectif qui satisfait un besoin inné de notre être. Mais les ennemis, c'est la libération de la force, c'est le stimulant de l'énergie, c'est la consécration de toute valeur, puisqu'ils ne s'attaquent qu'aux choses victorieuses, et c'est enfin la plus retentissante des fanfares de la Renommée. »

« Les amis vous ont aidé à supporter les douleurs et les désillusions de l'existence ; ils vous ont donné, aux heures sombres, la douceur de leur tendresse et la confiance de leur appui. Mais les ennemis, ah ! les ennemis, ils ont eu un rôle plus actif, puisqu'ils vous ont forcé à développer bien des ressources latentes de votre intelligence. Leur action a provoqué en vous la réaction créatrice, tel le puissant engrais qui affine le parfum des fleurs et double les moissons. Et n'ont-ils pas été parmi vos metteurs en train, ceux qui ont le mieux aiguisé votre spontanéite?

« Vous êtes, mon cher ami, un admirable exemple de leur utilité. Toutes vos qualités originelles, ils ont contribué à les forger. Vous leur devez beaucoup, comme nous tous.

« Et c'est pourquoi, après vous avoir dit ma vieille affection et mon admiration pour votre œuvre, je ne puis m'empêcher de

songer avec un peu d'attendrissement à ces fructueux ennemis, d'autant plus que la création de cette clinique leur sera un nouveau motif de tristesse et d'acrimonie; et il est juste et il m'est doux, puisque c'est justice, de leur envoyer, d'accord avec tous ceux qui sont ici, d'accord avec vous, j'en suis sûr, le salut reconnaissant de notre gratitude. Ils ont assez bien travaillé pour mériter cela, sans parler de la besogne qui leur incombe encore. »

## REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

### Pharmacologie.

**Traitement des névroses stomacales par le validol.** — Le Dr Marrs étudie, dans le *Southern Practitioner* (juillet 1908), les névroses de l'estomac et leur traitement. Le médicament qui lui a donné les meilleurs et presque les seuls résultats est le validol. Les troubles gastriques qui peuvent rentrer dans le cadre des névroses, d'après cet auteur, sont surtout fréquents chez les femmes hystériques et chez les hommes neurasthéniques. Par le validol, les réflexes sont soulagés immédiatement et le système nerveux reprend son calme antérieur. Il a combattu par ce médicament plusieurs cas de nausées dues au bateau ou au chemin de fer et rapporte une très instructive observation de vomissements incoercibles chez une multipare, chez laquelle on allait, en désespoir de cause, pratiquer l'avortement, lorsque le validol arrêta les vomissements au bout de la seconde dose de X gouttes et permit à la grossesse d'évoluer jusqu'à son terme.

L'action anesthésiante de ce médicament paraît avoir exercé, dans ce cas, un effet très accentué. Le validol est très supérieur aux narcotiques comme calmant gastrique, car il est complètement dépourvu d'action générale, mais, pour cette raison même, il faut renouveler avec soin les prises dès que son action cesse de se manifester.

# FORMULAIRE

## Fumigations contre la broncho-pneumonie.

(MARFAN.)

On fera évaporer trois ou quatre fois par jour, dans une théière un quart de litre d'eau additionnée d'une cuillerée à café du mélange suivant :

| | | |
|---|---|---|
| Créosote de hêtre | 5 | gr. |
| Teinture de benjoin | 10 | » |
| Essence de térébenthine | 100 | » |

## Contre les engelures.

(JODASSOLM.)

Une à trois fois par jour, baigner les mains ou les pieds dans de l'eau aussi chaude que possible, pendant dix à quinze minutes; on essuie ensuite minutieusement, et, si les engelures sont ulcérées, on fait un lavage à l'alcool. Le soir, on fait un massage prolongé avec la pommade dont on laisse une couche sur les engelures :

| | | |
|---|---|---|
| Ichtyol | 1 à 5 | gr. |
| Résorcine | 1 à 3 | » |
| Lanoline | 55 | » |
| Huile d'olive | 10 | » |
| Eau distillée | 50 | » |

Si les ulcérations sont très étendues, pommade jour et nuit.

*Le Gérant :* O. DOIN.

PARIS — IMP. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

# LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## DIX-NEUVIÈME LEÇON

### Traitement des anévrysmes de l'aorte.

par le Professeur ALBERT ROBIN,
de l'Académie de médecine.

I

Sous l'empire de l'organicisme qui, depuis le commencement du dernier siècle, dirige les conceptions médicales, la tactique thérapeutique, qui s'adresse à des lésions matérielles des organes, surtout à des lésions chroniquement constituées, s'efforce encore à les attaquer directement, et ce sont ses insuccès qui ont laissé le champ libre à la chirurgie et lui ont permis d'empiéter si largement et quelquefois si heureusement sur le domaine médical.

La tactique était mauvaise, cela ne fait pas de doute. Aussi l'heure est-elle venue d'une réaction. Mais dans quel sens doit-on la diriger ? Ma conviction est qu'il faut opposer *l'organicisme fonctionnel* au vieil *organicisme anatomique* (1), ne plus considérer la lésion comme étant la maladie elle-même, mais bien comme une des étapes ou comme le résidu de la maladie, et chercher à l'atteindre non pas par des actions directes dont l'observation a montré l'inanité, mais par des procédés capables d'influencer la vitalité générale et les fonctions des organes qui sont le siège de cette lésion.

Ces procédés relèvent de ce que j'ai appelé la thérapeutique des réactions vitales ou *thérapeutique fonctionnelle*. Je suis

(1) ALBERT ROBIN. Le néo-vitalisme physiologique et la thérapeutique, *Bulletin général de Thérapeutique*, p. 138, 31 janvier 1902.

convaincu que le cercle de ses applications dépasse les limites des troubles pathologiques survenus dans le fonctionnement des organes et comporte, dans le traitement de leurs lésions matérielles, plus d'espérances qu'une thérapeutique directe.

Les tentatives de traitement médical des anévrysmes de l'aorte peuvent nous en fournir un premier exemple.

II

Je viens de vous montrer un charpentier âgé de 36 ans, qui est atteint d'un anévrysme de l'aorte ascendante. La symptomatologie en est classique et peut se réduire à une rapide énumération.

Douleur spontanée et à la pression en dehors du bord droit du sternum, s'irradiant dans le cou, l'épaule et le bras droit. Frémissement vibratoire à la palpation, avec perception de deux centres de battements dans la poitrine. Soulèvement systolique de la région sous-claviculaire droite. En cette région, perception d'un souffle systolique dur et râpeux, qui se propage sous la clavicule, avec claquement aortique exagéré. Pointe du cœur battant dans l'espace intercostal, en dehors du mamelon. Pouls radial droit plus tardif et plus petit que le pouls radial gauche. Artères très athéromateuses.

Comme symptômes fonctionnels, dyspnée constante, augmentant quand le malade est couché ou quand il fait le moindre mouvement. Toux quinteuse, aboyante, provoquant parfois des vomissements. Voix rauque, bitonale, avec des moments d'aphonie complète. A l'examen laryngoscopique, on constate une paralysie de la corde vocale droite. Dysphagie œsophagienne, par compression directe probable, car la trachée est elle-même comprimée, puisqu'elle subit

un déplacement latéral à chaque systole. Dans les poumons, quelques râles de bronchite disséminés. Aucun symptôme oculaire. Pas d'albumine dans les urines.

Les antécédents de ce malade se résument en deux termes: Alcoolisme avoué et syphilis contractée il y a 13 ans, suivie d'accidents secondaires dûment constatés.

Voilà le fait dans toute sa pénible netteté. Quelle conduite convient-il de tenir ?

III

Quatre ordres de considérations dominent le traitement médical des anévrysmes de l'aorte.

1° La situation, le volume, l'importance physiologique de l'aorte rendent impossibles à appliquer les moyens habituels que l'on emploie dans les ectasies artérielles.

2° Il y a toujours les plus grandes difficultés à apprécier la valeur d'un traitement, quel qu'il soit :

*a*) Parce que certains anévrysmes de l'aorte évoluent avec une grande lenteur.

*b*) Parce qu'après une phase d'accroissement rapide, il leur arrive souvent de demeurer stationnaires.

*c*) Parce qu'au début du séjour à l'hôpital, ou au commencement du traitement qui tend toujours à immobiliser plus ou moins le malade, le repos, le régime plus sévère, de meilleures conditions de vie amènent très fréquemment une amélioration des troubles fonctionnels et parfois même de certains signes physiques. On est alors porté à attribuer à tort au traitement des effets qui dépendent de la marche propre de la maladie et des meilleures conditions physiques dans lesquelles se trouve le malade.

3° Les anévrysmes de l'aorte peuvent guérir spontanément.

4° Certaines, parmi leurs conditions étiologiques, sont capables de devenir le point de départ d'indications thérapeutiques.

Nous allons nous arrêter un instant sur ces deux dernières considérations, puisque l'étude du mécanisme de la guérison spontanée est le meilleur guide que le praticien puisse suivre pour tenter la guérison thérapeutique, et parce qu'il est nécessaire de dégager, parmi les conditions étiologiques, celles dont le traitement médical peut faire état.

## IV

Un exemple bien instructif de *guérison spontanée* est celui d'une femme de 79 ans que j'ai observée jadis à la Maison de Retraite des Ménages. Cette femme ne se souvenait pas d'avoir fait, disait-elle, une journée de maladie dans sa vie. Un jour d'hiver, elle se refroidit au lavoir, prend une broncho-pneumonie gauche qui l'emporte au bout de dix-neuf jours, après une période d'accalmie qui nous avait fait espérer la guérison, c'est-à-dire qu'elle avait plus longuement résisté qu'on ne le fait d'ordinaire, à cet âge et dans ce milieu.

On trouve à l'autopsie, en dehors des lésions classiques de la bronchopneumonie, deux anévrysmes guéris sur l'aorte abdominale. Le premier, fusiforme, situé juste au-dessous du diaphragme, avait 9 cm. 15 de longueur, sur 5 centimètres de largeur et 4 centimètres d'épaisseur. Il était rempli de caillots fibrineux blancs très durs, stratifiés, très adhérents aux parois aortiques, circonscrivant un canal à surface mamelonnée et lisse, de plus faible calibre que l'artère qui était elle-même manifestement rétrécie au-dessous de l'anévrysme.

Le second, siégeant presque immédiatement au-dessous du

premier, sacciforme et placé sur la paroi antérieure du vaisseau, était aussi rempli de caillots blancs stratifiés anciens, avec cette différence que les plus proches de l'orifice du sac étaient moins durs et avaient encore une coloration rougeâtre.

L'aorte, dans toute son étendue, était pierreuse, creusée en maints endroits d'anfractuosités formées par le soulèvement de lamelles calcaires tapissant la face interne du vaisseau, et dans lesquelles du sang s'était récemment coagulé en caillots d'un rouge noirâtre.

Ainsi, deux anévrysmes de l'aorte abdominale ont pu se développer, évoluer et guérir, sans que le travail pathologique, puis le travail curateur, se fussent révélés par le moindre symptôme.

Dans cette guérison, la paroi artérielle et le sang circulant ont eu chacun leur rôle. Dans la tunique artérielle, il s'est fait une infiltration de cellules embryonnaires qui ont abouti à du tissu conjonctif résistant, pendant que les inégalités et les rugosités de l'endartère y appelaient la formation de caillots. Le sang a rempli son rôle en se coagulant, en formant des couches successives de fibrine qui ont contracté de solides adhérences avec la paroi, durci progressivement et fini par oblitérer les deux sacs, ne laissant dans l'anévrysme fusiforme que le canal nécessaire au passage du sang.

L'anatomie pathologique nous ayant renseigné sur le rôle respectif de la paroi artérielle et du sang dans le mécanisme de la guérison spontanée des anévrysmes, passons à l'examen de leurs *conditions étiologiques*.

Pour réaliser un anévrysme de l'aorte, il faut d'abord un *terrain*, c'est-à-dire une lésion affaiblissant la résistance élastique de l'artère. Cette lésion reconnaît comme causes

toutes celles des artérites et des endartérites, depuis l'alcoolisme et le saturnisme, jusqu'à la syphilis qui figure pour 30 p. 100 environ dans les antécédents des anévrysmatiques. En 1554, FERNEL disait déjà que le virus vénérien fait les anévrysmes dans les artères. Aujourd'hui, personne ne discute plus l'influence étiologique prépondérante de la syphilis. L'artérite qu'elle détermine paraît avoir les vasa-vasorum comme point de départ.

Il faut ensuite, — souvent, sinon toujours — une *infection surajoutée* (rhumatisme, grippe, etc.) qui greffe des micro-organismes sur l'endartère altérée.

Ces deux conditions réalisées — et je répète que la seconde peut faire défaut ou passer inapercue — ce qui réalise l'anévrysme, c'est l'action continue de la *tension artérielle* sur des parois artérielles dont la résistance est amoindrie.

Il résulte de cet exposé que l'action du traitement doit porter à la fois sur la paroi du vaisseau, en tenant compte des causes qui l'ont mise en état de moindre résistance, sur le sang lui-même et sur la tension artérielle.

V

Ces principes posés, examinons comment y répondent les divers traitements proposés. Cela nous permettra d'abord d'en faire la critique, d'établir le pourquoi de leurs insuccès, et de garder parmi leurs éléments ceux qui répondent à l'un des buts à atteindre. Après ce travail de déblaiement, il nous sera plus facile d'associer ceux de ces éléments que nous aurons retenus, dans une formule d'ensemble capable de répondre aux trois actions maîtresses qui doivent constituer le traitement.

Du *traitement chirurgical*, peu de chose, sinon rien à retenir. Les *injections coagulantes* dans le sac (acide tannique, per-

chlorure de fer); celles faites autour du sac pour provoquer les contractions de ses parois (ergotine); la *compression directe* qu'on ne conçoit guère le moyen d'appliquer aux anévrysmes aortiques, mêmes abdominaux; la *compression au-dessus de l'anévrysme* en cas de siège sous-diaphragmatique, qui est peut-être plus dangereuse que la maladie elle-même; l'*acupuncture*, la *filipuncture* de MOORE, la *galvanopuncture* de CINISELLI, la *ligature des artères carotide et sous-clavière droites* (GUINARD), etc., paraissent justement abandonnées. En somme, tous les moyens chirurgicaux n'ont visé que la coagulation du sang, négligeant les autres termes de l'action médicatrice. Pour nous, il n'y a rien à en retenir, puisque nous avons, pour agir sur le sang, d'autres moyens, à la fois plus efficaces et dépourvus de dangers par eux-mêmes.

En analysant les *traitements médicaux*, on voit que, depuis les temps anciens, ils se sont adressés à l'un ou l'autre des termes précédents. Nous les diviserons donc en trois catégories suivant qu'ils visent les modifications de la paroi anévrysmatique, la tension artérielle ou la coagulation du sang.

Ceux de la *première catégorie* (application de glace, pointes de feu, cautères, ou encore alcoolature de racines d'aconit et ergotine en injections sous-cutanées et par voie buccale dont l'action hypothétique tend à stimuler les tuniques artérielles, etc.) sont justement abandonnés et nous n'avons rien à leur emprunter.

Ceux de la *deuxième catégorie* ont eu plus de faveur. Quand, en 1728, VALSALVA et ALBERTINI proposaient de traiter les anévrysmes par le repos absolu, les saignées répétées et la diète poussée jusqu'à ce que le malade fût incapable de lever le bras hors de son lit, ils avaient certainement pour objectif

de réduire la pression exercée par le sang sur les parois artérielles. Malheureusement, un tel système est plus préjudiciable au malade qu'à la maladie.

TUFFNELL a la même idée directrice quand il recommande le repos absolu dans la position horizontale, une diète végétale restreinte et la réduction des boissons. L'inconvénient du procédé réside dans cette réduction des boissons et la diminution des éliminations urinaires qui en est la conséquence. Aussi, n'a-t-il pas réussi à l'imposer.

On a cherché aussi parmi les agents de la *médication hypotensive*, d'où l'emploi du veratrum viride, des médicaments du groupe des nitrites, et surtout des iodures dont on invoque aussi les effets altérants et résolutifs sur les parois vasculaires.

Ces derniers seuls ont surnagé.

Ceux de la *troisième catégorie* comprennent d'abord le traitement de GRAVES et de STOKES qui pensaient favoriser la coagulation du sang par une nourriture aussi généreuse que possible, puis toute une longue liste d'agents médicamenteux coagulants : alun (KREYZIG), acétate de plomb (J. FRANCK), tannin, acide gallique (SPEIR), perchlorure de fer, chlorure de baryum (FLINT), furfurol (LÉPINE), chlorure de calcium, etc. Tous ont été abandonnés, à cause de leur inactivité ou des accidents divers qu'ils pouvaient produire.

Mais la question a pris une autre face quand, s'appuyant sur les expériences faites par MM. DASTRE et FLORESCO à propos des propriétés coagulantes de la *gélatine*, MM. LANCEREAUX et PAULESCO nous ont mis en possession d'un traitement qui paraît l'emporter de beaucoup sur ceux antérieurement préconisés.

La gélatine renferme une minime quantité de chaux et possède une réaction très faiblement acide. Il est possible

que ces deux éléments agissent pour une faible part dans le processus de coagulation; mais on a démontré encore qu'elle augmente la sécrétion des coagulases par les globules blancs, et que son absorption par ces derniers s'accompagne d'une émission parallèle de ces ferments coagulants.

Quant aux *résultats du traitement*, ils seraient plus favorables qu'avec les autres procédés, si l'on en juge par la statistique de GAULTIER qui, sur 20 cas traités, accuse 9 améliorations, 5 résultats nuls et 5 morts.

La *technique* en est très simple.

M. LANCEREAUX emploie la solution suivante qui porte le nom de *sérum gélatine* :

| | | |
|---|---|---|
| Gélatine stérilisée à 120 | 4 gr. | 55 |
| Chlorure de sodium | 1 » | 40 |
| Eau stérilisée | 200 » | |

Dissolvez.

A mon avis, il y aurait prudence à réduire, au début du traitement, la dose de gélatine à 2 grammes, quitte à l'augmenter progressivement.

Les autres règles de la technique sont : de ne se servir que de solutions bien transparentes;

*a*) De procéder avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses;

*b*) De pratiquer l'injection, non pas au niveau de l'anévrysme, mais dans la fesse comme lieu d'élection;

*c*) De pousser l'injection très lentement (un quart d'heure environ);

*d*) De commencer par 40 cc. seulement de sérum gélatiné et d'arriver graduellement à 100 cc.;

*e*) De renouveler l'injection tous les huit jours, environ.

Les injections sont peu douloureuses. Quelquefois, elles provoquent un accès fébrile très passager ou une réaction

inflammatoire locale plus ou moins douloureuse, avec rougeur de la peau, ou encore une induration sensible à la pression.

En général, dès la troisième injection, les pulsations du sac anévrysmal tendent à s'atténuer. Les troubles fonctionnels dus à la compression s'améliorent à partir de la sixième et le volume du sac lui-même diminue après la dixième injection.

Le traitement complet comporte de 30 à 40 injections.

L'albuminurie constitue l'unique *contre-indication* du traitement. Celui-ci aurait plus de chances de succès dans les anévrysmes sacciformes que dans les fusiformes.

On a signalé plusieurs cas de *tétanos* qu'il sera facile d'éviter en ne se servant que de gélatine stérilisée à 120°.

E. Boinet a signalé un cas de mort subite à la suite de ces injections.

## VI

Possédant dans les injections de sérum gélatiné un moyen assez efficace pour favoriser la coagulation du sang, il faut maintenant rechercher, parmi les médications proposées, celles qui sont capables de diminuer la tension artérielle et de modifier, dans la mesure du possible, les parois artérielles. Cela fait, je pourrai synthétiser, sous la forme d'une ordonnance, le traitement applicable à notre malade.

Les hypotenseurs les plus inoffensifs en l'espèce, sont : le repos horizontal, le régime lacté absolu, l'iodure de potassium.

Le *repos horizontal* abaisse la tension artérielle de 10 millimètres et réduit de cinq environ le nombre des pulsations par minute, d'où 7.200 chocs de moins par vingt-quatre heures sur les parois du sac.

Le *régime lacté*, auquel on peut ajouter quelques farineux, est également hypotenseur et éliminateur des toxines endogènes.

L'*iodure de potassium* jouit aussi de propriétés hypotensives, grâce à ses effets lymphagogues (G. Pouchet), sans parler d'une action hypothétique sur les lésions artérielles. En tout cas, on choisira l'iodure de potassium au lieu de l'iodure de sodium, les sels de potassium ayant une influence favorable sur la nutrition des parois artérielles.

Pour modifier ces mêmes parois, il faut faire entrer en ligne de compte celle des conditions étiologiques que l'on peut saisir.

Chez notre malade, la tâche est facile, puisque nous savons qu'il est nettement syphilitique. L'emploi des préparations mercurielles est donc de rigueur. Il ne restera qu'à discuter le meilleur mode d'administration. En principe, il vaut mieux pratiquer des injections intra-musculaires répétées de sels solubles, en les alternant avec des périodes d'iodure de potassium. Si, pour une raison quelconque, l'usage des injections n'est pas possible, donner le mercure associé à l'iodure de potassium, par la voie buccale :

| | |
|---|---|
| Biiodure de mercure | 0 gr. 20 |
| Iodure de potassium | 20 » |
| Eau distillée | 20 » |
| Sirop de pensées sauvages | 160 » |
| Sirop simple | 200 » |

*F. s. a.* Sirop dont on fera prendre une grande cuillerée deux fois par jour, une demi-heure environ avant une prise de lait.

## VII

Voici quel sera le type de l'ordonnance à prescrire, abstraction faite des médications symptomatiques dont je parlerai tout à l'heure :

1° Garder le repos horizontal le plus absolu possible.

2° Régime lacto-végétarien avec deux litres de lait par jour.

3° Injection intra-musculaire quotidienne avec 2 cc. de la solution ci-dessous.

| | | |
|---|---|---|
| Biiodure de mercure.............. | } ãã | 0 gr. 10 |
| Iodure de potassium.............. | | |
| Eau stérilisée.................... | | 10 » |

Dissolvez.

Continuer dix jours, puis suspendre pendant dix jours.

Durant la période d'interruption, prendre deux, puis trois, puis quatre cuillerées par jour de la potion suivante :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium................. | 10 gr. |
| Hydrate de chloral.................. | 4 » |
| Extrait thébaïque................... | 0 » 20 |
| Eau distillée....................... | 300 » |

*F. s. a.* Potion.

L'*hydrate de chloral* est, à cette dose, un léger hypotenseur qui corrobore les effets de l'iodure de potassium. L'*extrait thébaïque* a pour but d'assurer la tolérance stomacale de l'iodure, chez les dyspeptiques.

4° Pratiquer, tous les huit jours, une injection profonde dans la fesse, avec le sérum gélatiné. Commencer par en injecter 40 cc., puis monter progressivement jusqu'à 100 cc.

## VIII

Viennent maintenant les *médications symptomatiques* que l'on superpose, suivant l'indication du moment, au traitement qui précède.

Si l'anévrysme provoque des *douleurs*, on les calmera souvent par l'application d'un *bandage ouaté de soutien*, qu'on serrera médiocrement. Notre malade s'en est fort bien trouvé. Comme ses nuits étaient ordinairement mauvaises, tant en raison de ces douleurs, que d'une pénible sensation

de battements profonds, on assura le repos avec un suppositoire renfermant 0 gr. 10 de *poudre d'opium.*

Contre la *dyspnée,* ordonner X gouttes de *solution alcoolique d'oxycamphre* à 50 p. 100, à répéter cinq à six fois dans les vingt-quatre heures. Si la dyspnée ne cède pas et devient par trop pénible, recourir aux *petites saignées.* Non seulement, elles soulagent, mais elles ont encore l'avantage d'augmenter le pouvoir d'émission du ferment coagulant par les mononucléaires (STASSANO) et d'élever les échanges respiratoires (ALBERT ROBIN). A ce double titre, leur action dépasse celle d'un simple traitement symptomatique et justifierait la pratique de VALSALVA, si celle-ci n'avait été exagérée.

S'il survient des *hémoptysies,* on aura recours au *chlorure de calcium* en potion, à la dose de 4 à 6 grammes par jour, et aux injections hypodermiques profondes de *ferments métalliques* (1).

La *toux,* qui, dans notre cas, était quinteuse, incessante et très pénible, a été calmée par les pilules suivantes :

| | |
|---|---|
| Extrait thébaïque.................... | 0 gr. 01 |
| — de datura stramonium......... | 0 » 01 |
| Poudre de réglisse.................. | } ââ Q. s. |
| Sirop de gomme...................... | |

Pour une pilule.

Mais, quand le malade prenait de l'extrait thébaïque avec l'iodure de potassium et de la poudre d'opium en suppositoire, on remplaçait ces pilules par X gouttes de la solution de *fluoroforme,* à 2,80 p. 100. Avec cette dose, répétée jusqu'à dix fois en vingt-quatre heures, la toux s'atténua et perdit son caractère quinteux.

Si l'on constate de l'*hypertension artérielle,* recourir à la

(1) ALBERT ROBIN. *Les ferments métalliques,* Paris, 1907.

solution alcoolique de *trinitrine* à 1 p. 100, soit I ou II gouttes trois à quatre fois dans la journée.

Enfin, si le *cœur semble fléchir*, administrer la solution de *digitaline cristallisée* au millième, à la dose cardio-tonique de I goutte dans un peu d'eau, répétée huit à dix fois dans les vingt-quatre heures.

Notre malade est resté trop peu de temps à l'hôpital pour que l'on puisse juger, d'après son cas, des effets du traitement. Il nous a quittés, après quinze jours, n'ayant reçu que deux injections de sérum gélatiné. Rien ne paraissait changé du côté de l'anévrysme lui-même, mais les symptômes fonctionnels avaient subi une sensible amélioration, dans laquelle il fallait évidemment faire entrer aussi en ligne de compte le repos physique et moral que lui avait procuré son séjour dans nos salles.

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1908

Présidence de M. PATEIN.

### A l'occasion du procès-verbal.

I. — *Sur le fluoroforme*,

par J. CHEVALIER.

A la dernière séance, notre honorable président M. PATEIN nous a affirmé que les analyses exécutées par M. AUGER s'appliquent à une spécialité allemande et non à l'eau fluoroformée employée en France.

J'ai le regret de lui faire connaître qu'il m'a été impossible de me procurer de l'eau fluoroformée française, attendu qu'on ne fabrique pas de fluoroforme en France et que l'eau fluoroformée vendue dans notre pays vient directement d'Allemagne, de la firme Valentiner et Schwartz, qui a pris les deux brevets dont a

parlé M. Auger. De ces deux brevets, l'un, par réaction de fluorure de sodium sur l'iodoforme, au sable à sec, peut fournir du fluoroforme impur mélangé d'oxyde de carbone et d'iodofluoroforme; en raison de la difficulté de la préparation il a été abandonné et est tombé dans le domaine public; l'autre, dans lequel on opère en présence d'eau, ne donne pas de fluoroforme, mais simplement un mélange d'oxyde de carbone et d'acide carbonique. C'est ce dernier procédé qu'emploient les fabricants allemands pour la préparation de l'eau fluoroformée.

Le fluoroforme fut préparé pour la première fois par MESLANS, un élève de MOISSAN, en 1874 et étudié dans un mémoire publié dans les *Annales de Physique et de Chimie* (71, I, 346-422). MESLANS éprouva de grandes difficultés pour obtenir le fluoroforme à l'état pur et n'arriva jamais à le débarrasser complètement des gaz qui l'accompagnaient; cependant ses analyses se rapprochent sensiblement des chiffres théoriques. Il attribue au fluoroforme des propriétés physiques assez différentes de celles qui nous ont été énoncées ici.

« Le fluoroforme est un gaz incolore, son odeur est faible, sa saveur est brûlante. Il ne s'enflamme pas, mais injecté dans une flamme il brûle avec une coloration bleue, en produisant une grande quantité d'acide fluorhydrique. Il est très peu soluble dans l'eau : 100 cc. de ce liquide en dissolvent 75 cc. » (p. 402.)

Comme on le voit, nous sommes loin des 2 cc. 8 p. 100 indiqués par les auteurs allemands, et il est inadmissible qu'avec de telles différences de propriétés physiques nous puissions avoir affaire au même corps.

MESLANS nous apprend encore que le fluoroforme est fort stable, qu'il n'est pas décomposé par la potasse alcoolique à l'ébullition et qu'il faut, pour obtenir ce résultat, le chauffer en tube scellé. M. BARDET n'a donc pas pu fixer le fluor qu'aurait pu renfermer l'eau fluoroformée par le carbonate de potasse et ce fait explique qu'il n'a pu en retrouver que dans un seul cas une trace, qui était, probablement accidentellement, dans la solution à l'état de fluorure alcalin.

Je n'insiste pas plus longuement et pense que les membres de la Société conviendront avec moi que l'eau fluoroformée employée jusqu'ici dans le traitement de la coqueluche ne renfermait pas de fluoroforme.

La question de l'activité thérapeutique du fluoroforme reste intacte ; il se peut que le corps soit actif et la théorie permet de le supposer, mais nous n'en n'avons point eu jusqu'ici entre les mains et, de l'avis de tous les chimistes compétents que j'ai pu consulter, les méthodes actuellement connues ne permettent de préparer que des mélanges de fluoroforme, d'iodofluoroforme et d'oxyde de carbone difficilement séparables surtout pour les deux premiers.

Reste donc à examiner les remarquables résultats thérapeutiques obtenus avec l'emploi de l'eau fluoroformée. Je ne les discuterai pas; un fait observé est un fait, il existe, il faut l'interpréter.

Si l'eau fluoroformée ne contenant que de l'air dissous et des traces d'oxyde de carbone guérit la coqueluche, cette maladie est également guérie ou considérablement améliorée par d'autres médications tout aussi extraordinaires et paradoxales. Je me permettrai de vous en citer quelques-unes, qui sont encore fort utilisées à l'heure actuelle et ont donné des résultats tout à fait analogues à ceux que l'on a rapportés ici.

En 1902, on a utilisé, sous le nom de *sodarseine*, une solution d'arséniate de soude *électrolytique* (?) renfermant cinq dixièmes de milligramme d'arséniate de soude par litre. Cette liqueur, administrée à la dose de 200 cc. par jour, c'est-à-dire à une dose correspondant à un dixième de milligramme d'arséniate de soude, a soulagé et guéri de nombreux coquelucheux. Une thèse fut soutenue en cette Faculté en 1902, par le Dr SAINT-MATHIEU. Elle renfermait de nombreuses observations prises dans les hôpitaux.

L'une de ses conclusions est la suivante : « Huit fois sur dix, après dix jours de traitement on observa une diminution notable des quintes d'autant plus accentuée que le nombre en était plus grand. »

M. SAINT-MATHIEU va même jusqu'à attribuer à ce médicament une action prophylactique pour les sujets exposés à la contagion.

C'est là, à ce qu'il me semble, une médication homéopathique mise à la portée des allopathes. Du reste, nos confrères homéopathes guérissent plus de coqueluches que nous et ils emploient pour cela avec le plus grand succès la teinture de Drosera qu'ils prescrivent :

| | |
|---|---|
| Teinture de Drosera (6e dilution) | V gt. |
| Eau | 90 gr. |

Prendre une cuillerée à café toutes les deux heures.
ou encore le corail rouge qu'ils formulent :

| | |
|---|---|
| Corallia (30e dilution) | 10 globules |
| Eau | 90 gr. |

Prendre une cuillerée à café toutes les deux heures.
et bien d'autres médicaments.

Ainsi donc on obtint des résultats avec ces différentes médications et, en particulier, ces dernières réussissent alors que toutes les drogues des allopathes ont été impuissantes.

Vous êtes-vous demandé pourquoi les homéopathes guérissaient souvent ? Je vais essayer de vous en suggérer la cause dans ce cas particulier.

Dans la coqueluche on emploie, systématiquement et successivement, toutes les médications parce que l'on sait que c'est une maladie fort capricieuse, fort tenace et que les parents forcent la main et vous supplient de tout essayer.

On gave donc les coquelucheux de drogues et de sirops; arrive l'homéopathe qui leur donne sa médication; c'est en réalité de l'eau pure; il soustrait ainsi le malade à l'action des drogues qu'il ingérait quotidiennement, et il soulage ou même guérit, parce que chez les enfants souvent, je ne dis pas toujours, la meilleure thérapeutique, c'est de n'en pas faire. Voilà pour moi le secret de l'action thérapeutique de l'eau fluoroformée et de l'arséniate de soude électrolytique.

En conséquence, continuez, si vous le voulez, à prescrire de

l'eau fluoroformée pendant qu'elle guérit ou administrez des médicaments actifs qui ont fait leurs preuves et dont les propriétés pharmacodynamiques sont connues. Prenez, si vous le voulez, d'anciens médicaments comme la scille, qui, sous forme d'oxymel scillicique, a donné parfois d'excellents résultats, ou des médicaments synthétiques, peut-être plus actifs, comme l'æthone, le bromoforme, le chloroforme, étudiés plus récemment.

II. — *A propos des injections intraveineuses de strophantine,* par M. CATILLON.

A la dernière séance il a été fait allusion aux injections intraveineuses de strophantine en cas urgents. Cette question est toujours à l'ordre du jour en Allemagne où les publications se succèdent sans interruption. Et il ne s'agit plus d'une injection destinée à gagner quelques minutes en cas de danger imminent, non, c'est la voie d'élection; on fait des injections intraveineuses tous les jours ou tous les deux jours pendant des mois.

J'ai relevé quatre cas de mort consécutifs à l'injection, qui viennent confirmer les appréhensions que cette méthode a soulevées en France : l'un fut signalé par Albert Fraenkel en 1906; le plus récent par F. Lust qui ne s'en montre pas moins partisan du système dans les affections valvulaires et les myocardites, même *accompagnées de néphrites ou d'artériosclérose.* Von den Velden a vu l'injection d'un tiers de milligramme suivie de mort subite; il ne sait si l'accident est dû à une paralysie subite du cœur ou à une embolie, l'autopsie n'ayant pas été faite.

Kotmann (*Cor. Blatt. f. Schweiz Aerzte*, 1907) a observé un cas où l'injection intraveineuse de trois cinquièmes de milligramme de strophantine a été suivie de paralysie subite du cœur. A l'autopsie le ventricule gauche a été trouvé en extrême systole.

Il est de la plus haute importance de faire observer que les doses indiquées se rapportent à la strophantine amorphe, produit mal défini, variable et en général deux fois et demie moins actif que la strophantine cristallisée employée en France; au lieu

d'un milligramme il faudrait donc seulement quatre dixièmes de milligramme et la dose initiale devrait être d'un dixième de milligramme, deux au maximum.

Gagne-t-on réellement du temps par ce moyen qui n'est pas sans danger? Oui, si le médecin se trouve, par hasard, auprès de son malade, avec la solution injectable dans sa trousse, on peut gagner quelques minutes. S'il faut courir après le médecin pour faire l'injection ou chez le pharmacien pour la préparer, il n'est pas douteux qu'on perdra du temps et qu'on eût obtenu un résultat plus rapide par la voie stomacale, laquelle étant sans danger se prête à l'intervention immédiate des gardes malades, qui ont reçu des instructions en prévision des événements.

On peut d'ailleurs, sans courir de risques, obtenir des effets plus rapides et plus énergiques en administrant le strophantus par la voie stomacale à dose plus élevée. Potain, qui était partisan de cette méthode pour la digitaline, l'appliquait également au strophantus, et dans des cas urgents il a donné jusqu'à 18 granules d'extrait titré pour provoquer la diurèse et combattre efficacement un œdème menaçant.

Tout récemment, un médecin, opérant sur lui même, ce qui m'empêche de citer son nom, dans un cas analogue, a obtenu un résultat inespéré avec 14 granules.

Il y a là une vue nouvelle, peu connue, qu'il m'a paru utile de signaler.

## Communications.

### I. — *Sur de nouvelles applications de l'alcoolature de marrons d'Inde, contre les varices en général et certaines hémoptysies,*

par le Dr S. ARTAULT (de Vevey).

Vous savez que l'alcoolature de marrons d'Inde est un remède spécifique des hémorroïdes. J'en ai publié de nombreuses obser-

vations (1) et de nombreux médecins, depuis 19 ans que je l'ai fait connaître, m'en ont confirmé dans tous les pays les bons résultats; elle est donc devenue depuis cette époque un médicament de pratique courante.

L'action si spéciale de cette alcoolature sur les veines variquées du petit bassin m'avait bien fait supposer qu'elle devait agir sur les varices en général, mais devant la rapidité d'action sur les douleurs hémorroïdaires, quelques heures, je pensais qu'il faudrait sans doute plusieurs jours pour constater un effet sur les varices.

Or. n'ayant rien obtenu en 15 à 20 jours, j'avais cru m'être trompé. Cependant le hasard m'en révéla l'utilité contre les varices. Un malade ayant continué pendant deux mois l'usage quotidien de l'alcoolature, pour obtenir la disparition de bourrelets hémorroïdaires, remarqua avec surprise la diminution progressive et durable de ses varices. Un malade du Dr Sarofidi, de l'hôpital Comtauza (Roumanie), fit la même remarque.

*Varices.* — L'emploi systématique et prolongé chez des variqueux de cette alcoolature, à la dose de X gouttes avant chaque repas, suffit pour faire disparaître complètement les varices chez de nombreux malades, pour les atténuer chez d'autres assez fortement pour leur permettre de marcher, ce qui leur était devenu impossible. Il est juste de dire que, chez les variqueux chroniques invétérés, j'ai l'habitude d'appliquer des compresses imprégnées du liniment suivant :

| | |
|---|---|
| Alcoolature de marrons d'Inde........... | 20 gr. |
| Lanoline................................ | 60 » |

en les recouvrant d'ouate et d'un tissu imperméable, tout en continuant la prise intérieure de l'alcoolature.

(1) Artault (de Vevey). La teinture de marrons d'Inde contre les hémorroïdes. *Rev. de Thérap. méd.-chir.*, 1er mars 1896.

*Ibid.* La teinture de marrons d'Inde, ses indications. *Le Thérapeute*, 1896.

*Ibid.* L'Argyrine, principe actif du marron d'Inde. *Rev. de Thérap. med.-chir.*, 1er août 1900.

*Ibid.* La teinture de marrons d'Inde dans les affections du petit bassin. *Rev. de Thérap. méd.-chir.*, 1er août 1903.

Dans toutes les observations, l'alcoolature de marrons d'Inde se montre comme un médicament vasoconstricteur périphérique, mais cette action est lente, tandis que son action analgésique sur les douleurs des hémorroïdes est prodigieusement rapide.

*Hémoptysies.* — J'ai utilisé cette propriété dans des hémoptysies particulières dues à des varices de la trachée. Ces hémoptysies sont beaucoup moins rares qu'on ne croit, et elles se présentent parfois chez des tuberculeux, en dehors de tout foyer congestif du parenchyme, de sorte qu'il y a là un intéressant diagnostic à faire. Il est utile en tout cas de les signaler, car on a toujours trop tendance à attribuer exclusivement à la tuberculose toutes les hémoptysies. Là encore l'effet fut remarquable et les hémoptysies périodiques, fréquentes, furent définitivement supprimées ; je puis dire définitivement puisque la guérison dure depuis cinq ans dans un cas.

Enfin je puis citer le cas d'un garçon de 24 ans hémoptoïque intermittent et abondant, ayant eu une soixantaine d'hémoptysies en six ans, absolument dyspnéique et incapable de marcher et du moindre effort, congestif chronique à forme splénothermique, chez qui l'emploi systématique de l'alcoolature de marrons, adjointe à la teinture de Veratrum viride et de digitale, ramena en deux mois une parfaite libération de la circulation pulmonaire et la reprise de l'activité. Je renvoie pour les détails et les observations à la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale* où mon travail va paraître *in extenso.*

*Conclusions.* — J'apporte donc une nouvelle contribution à l'étude de marrons d'Inde, en montrant son action précise sur le système veineux. Son action physiologique est encore à étudier, mais c'est un médicament extrêmement intéressant et puissant. Je donne, dans le *Bulletin des Sciences pharmacologiques* de décembre prochain, un article complémentaire de cette communication qui paraîtra *in extenso* en décembre dans la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, et je renvoie les médecins qui s'intéressent à la pharmacologie et à la physiologie de marrons à

cet article complémentaire, où je donne, avec tous les détails de formules, le résultat de mes premiers essais physiologiques.

DISCUSSION

M. G. BARDET. — Je désirerais voir M. Artault me rappeler son dosage de l'alcoolature de marron d'Inde?

M. ARTAULT. — Rien de plus simple, je donne deux fois par jour X gouttes de l'alcoolature.

M. G. BARDET. — Le remède, n'est-ce pas, est banal et tout pharmacien peut préparer pareil produit, car la matière première ne manque pas. Par conséquent la méthode de M. Artault peut être appliquée facilement par tout médecin et chez tout malade?

M. ARTAULT. — Certes, et je n'ai aucunement la prétention d'avoir une alcoolature spéciale. Seulement il faut que le médicament soit exécuté avec la plante fraîche, sinon il n'est pas actif. C'est ainsi que souvent on m'a dit avoir eu des insuccès, or, dans ces cas, il s'agissait de médecins qui avaient utilisé de la teinture préparée avec de l'extrait. Je ne parle ni de marrons d'Inde quelconques, ni de principes actifs ou soi-disant tels, que j'ai toujours trouvés inactifs, mais bien de l'alcoolature préparée avec le fruit frais.

M. G. BARDET. — Je remercie notre collègue de ses renseignements et je puis maintenant lui faire les observations suivantes. Cela me paraît un bien gros mot que celui de *remède spécifique des hémorroïdes*, et peut-être aussi des varices, attribué par lui au marron d'Inde sous forme d'alcoolature. Comme rien n'est plus facile que d'avoir à soigner les hémorroïdaires, dont le nombre est immense, j'ai, sur les indications, déjà fort anciennes, de notre collègue, essayé d'abord la teinture de marron d'Inde, puis l'alcoolature, quand je me suis aperçu qu'il utilisait ce produit officinal. Pas plus avec l'alcoolature qu'avec la teinture je n'ai constaté de succès. Je dois même dire que non seulement je n'eus pas de succès, mais même pas trace d'effet. J'avoue que ce résultat me semble fort logique.

En effet, les hémorroïdes ne représentent pas un simple trouble fonctionnel, il s'agit d'une modification très sérieuse des tissus. Comment admettre que parce qu'on prendra XX gouttes par jour d'un remède, fût-il actif et excellent, on verra disparaître en quelques jours les transformations histologiques qui siègent sur un vaste espace?

Je comprends l'action spécifique du mercure sur la syphilis, de la quinine sur le paludisme, car il s'agit d'un état constitutionnel qui peut se modifier d'emblée, mais je ne comprends pas du tout l'action *spécifique* d'une alcoolature à dose infime sur une véritable lésion organique.

Si, comme l'affirme M. Artault, ces résultats sont sûrs, je ne puis que le féliciter et me montrer surtout très heureux pour les pauvres malades (car alors il n'y a plus d'hémorroïdaire). Du reste, les faits en cette circonstance valent mieux que tous les arguments, nous allons tous pouvoir contrôler les résultats de notre collègue. C'est avec la plus grande sincérité, mais non pas sans scepticisme, que j'attends les essais, pour proclamer que M. Artault a remporté un vrai triomphe en supprimant les hémorroïdes, le jour où il sera prouvé que tout malade atteint d'hémorroïdes est guéri par sa méthode.

M. ARTAULT. — M. Bardet s'étonne de m'entendre prononcer le mot *spécifique*, à propos du marron d'Inde dans le traitement des hémorroïdes, et il prétend qu'il n'y a de traitements spécifiques que ceux de la syphilis et de la malaria, par exemple. Eh bien! il faudra y ajouter l'alcoolature de marrons d'Inde comme *traitement spécifique* des hémorroïdes. Je maintiens donc énergiquement le mot spécifique, tellement je suis aujourd'hui sûr du résultat, au bout de douze ans d'expérience de ce médicament, tant par moi-même que par des centaines de médecins. C'est au point que je puis affirmer que, quand un médecin n'a pas obtenu de résultat au bout de vingt-quatre heures, il a eu un produit défectueux à sa disposition, ou a commis une erreur de diagnostic; le fait vient de se produire pour moi, ces jours-ci : un de mes malades se plaint de douleurs hémorroï-

daires, je lui donne X gouttes d'alcoolature de marrons avant chaque repas; la douleur n'étant point atténuée le lendemain ; je soupçonne immédiatement autre chose, et l'examen me révèle, en effet, un abcès de la marge de l'anus. M. Bardet a dit que si la teinture du Dr Artault agit aussi bien, celles du commerce ne donnent pas toujours ces résultats. D'accord : mais d'abord la teinture du Dr Artault n'existe pas; il y a la teinture ou mieux l'alcoolature que tous les pharmaciens étaient libres et capables de bien préparer, puisque, dès 1896, j'avais donné toutes les indications les plus précises pour sa préparation; mais les uns font une teinture avec des marrons secs, les autres une dilution d'extrait dans l'alcool, qu'ils vendent comme teinture ; d'autres, n'en ayant point du tout, livrent tout de même quelque chose (j'en ai constaté des cas); c'est de là qu'est venue sûrement la divergence des résultats, et comme le mot *teinture* vient naturellement sous la plume au lieu d'*alcoolature*, ce fut peut-être par ma faute, dans mes premières publications, la cause de ces confusions. Mais j'espère que désormais il ne pourra plus y avoir d'erreurs de ce genre, et que les pharmaciens sauront tous à quoi s'en tenir, après la publication de la partie pharmacologique de la question, qui paraîtra dans le numéro de décembre du *Bulletin des Sciences pharmacologiques*, où je donne sur toutes ces préparations les détails les plus précis.

## II. — *Sur la préparation et le titrage des produits opothérapiques*, par J. CHEVALIER.

Depuis quelques années, l'opothérapie s'est considérablement développée, justifiant les prédictions de Brown-Séquard et d'Arsonval, les promoteurs de cette méthode thérapeutique. Le praticien demandant de plus en plus ces produits, il s'est créé pour leur fabrication un certain nombre de laboratoires spéciaux, qui sont soumis à l'autorisation par le gouvernement français lorsqu'ils fabriquent des produits opothérapiques injectables.

On peut donc dire que la préparation de ces médicaments est.

grâce à cette mesure, réalisée dans les meilleures conditions possibles, puisque le fabricant a été obligé de justifier d'une fabrication régulière et irréprochable et qu'il est inspecté périodiquement. Puisque les produits opothérapiques sont en quelque sorte contrôlés par l'Etat, ce dernier aurait dû imposer aux fabricants certaines règles dont l'observance aurait permis aux praticiens de se rendre compte de l'activité, de la valeur thérapeutique des diverses préparations opothérapiques qui leur sont fournies. Actuellement, comme le faisait remarquer très justement à la dernière séance M. Vaudin, on est obligé de demander le mode de préparation de certains produits opothérapiques pour se faire une idée approximative de leur valeur thérapeutique, ou de s'en rapporter aveuglément à la dose inscrite sur le flacon par le fabricant.

Déjà, au dernier Congrès de médecine de Paris en 1907, MM. P. Jeandelze et A. Perrin avaient insisté sur ce fait qu'avec tous les noms déposés par les divers fabricants (noms déposés possédant tous une terminologie apte à faire croire qu'ils sont constitués par un principe actif isolé), il est impossible de s'y reconnaître et que d'autre part on désigne sous le nom d'extrait des préparations qui ne sont nullement des extraits. Enfin, j'ajouterai que ces divers extraits vrais ou faux sont le plus souvent fort différents les uns des autres et que, quoique désignés sous un nom commun, ils possèdent une activité thérapeutique et toxique très variable.

Est-il possible d'unifier les méthodes de fabrication et la dénomination des préparations opothérapiques utilisées actuellement? La chose ne paraît pas douteuse et je souhaiterais que la Société de Thérapeutique voulût bien s'y employer.

En dehors de la glande fraîche, en effet, on prescrit surtout : 1° la poudre de pulpe d'organe desséchée, désignée improprement sous le nom d'*extrait total;* 2° les extraits proprement dits, l'extraction étant faite soit avec de l'eau pure, soit à l'alcool, soit avec du sérum isotonique, soit avec de la glycérine. Ils sont désignés par Gilbert et Carnot sous le nom d'*extraits partiels.*

On a préparé également des extraits en opérant avec des liquides acides (GILBERT, HCl; BAUMANN, $SO^4H^2$) ou avec des liquides alcalins (CHOAY, GILBERT). Ces préparations peuvent être utiles dans certains cas particuliers, mais demandent absolument à être titrées comparativement à une préparation de pulpe sèche.

Enfin, dans ces dernières années, on a préparé des sucs de glandes obtenus par osmolyse qui sont assez actifs et des extraits par digestion artificielle des glandes : les extraits pepsiques ont été préconisés surtout par BAUMANN, les extraits trypsiques par CATILLON. Les succès thérapeutiques obtenus à la suite de leur ingestion permettent de penser que le principe actif n'est pas altéré par les ferments protéolytiques (GILBERT); mais l'activité qu'ils possèdent est totalement differente de celle des extraits totaux.

Il serait donc utile de déblayer un peu le terrain et de ne conserver que deux ou trois modes de préparation : la poudre de pulpe totale pour la voie gastrique, l'extrait avec le sérum physiologique pour la voie hypodermique et dans certains cas soit l'extrait glycériné, soit l'extrait alcoolique.

L'obtention de ces différentes préparations est assez simple et, avec les procédés industriels actuels, on peut facilement obtenir des préparations actives, travaillées dans le vide et à basse température. Dans la dernière séance, on attribuait à M. CHOAY le mérite d'avoir réalisé un tel mode de traitement. Il n'a fait qu'appliquer les méthodes modernes et on peut hardiment avancer qu'un laboratoire qui n'emploie pas ces nouveaux procédés n'est pas capable de préparer convenablement des produits opothérapiques.

Je vous ai fait disposer sur cette planche une installation schématique au trentième pour le travail de ces produits liquides ou solides. Elle se compose d'une pompe à vide profond, type de Babinet perfectionné, donnant 2 mm., disposée de façon à fonctionner sans bruit et ne dépensant que fort peu de force en raison de ce fait que le piston expulseur travaille dans le vide et que,

contrairement à ce qui se passe avec les autres systèmes, la dépense de force ne croît pas avec le vide. Elle se compose essentiellement de deux cylindres, munis de clapets spéciaux, travaillant l'un sur l'autre, les pistons marchant en sens contraire. La dépense de force, à la mise en marche, est d'environ 4 chevaux-vapeur pendant les dix premières minutes ; elle se réduit progressivement à 1 cheval un quart pendant le reste du travail.

Cette pompe est branchée d'une part, à droite, sur un concentrateur de liquide constitué par un cylindre horizontal entouré d'un bain-marie chauffé à la vapeur, traversé de part en part par un arbre de couche monté sur paliers à joints hydrauliques et portant de distance en distance des palettes mobiles de forme variable suivant le liquide à concentrer et destinées par leur mouvement à augmenter la surface d'évaporation du liquide. Les vapeurs sont entraînées, soit dans un condenseur tubulaire à circulation d'eau, soit dans un condenseur à vide barométrique à injection. Lorsqu'on traite des liquides mousseux, on place à la partie supérieure du concentrateur une colonne dans l'intérieur de laquelle sont disposés des septums perforés destinés à briser les mousses et à empêcher leur entraînement.

Avec cet appareil on évapore par heure, à une température de + 25°, de 30 à 40 kilogrammes de colature par mètre carré de surface ; on peut même, au moyen d'un dispositif spécial, travailler complètement à froid et à une température voisine de 0°.

La matière concentrée dans cet appareil jusqu'à consistance pâteuse est versée dans des cuvettes de porcelaine qui sont placées alors dans une étuve tubulaire, également à enveloppe d'eau, dans laquelle elle va se dessécher complètement. Les vapeurs aqueuses dégagées sous l'action du vide sont absorbées alors dans de l'acide sulfurique à 60-61° B contenu dans un bac en fonte mis en rapport avec l'étuve par un tuyau volumineux pour favoriser le départ des vapeurs dont le volume croît rapidement, d'autant plus que l'on travaille à une température plus basse. Cet acide sulfurique est maintenu en mouvement par les

palettes fixées sur l'arbre qui traverse de part en part de plus, ce bac est constamment refroidi par une circulation d'eau pour éviter l'échauffement de l'acide sous l'influence de l'hydratation.

Cet acide à 60-61°B absorbe 20 kilogrammes d'eau par 100 kilogrammes mis en travail, ce qui l'amène à la densité de 48°B. A ce moment on l'évacue automatiquement pour l'envoyer au régénérateur et on le remplace par une autre charge régénérée à 60°B.

La régénération de cet acide, qui sert indéfiniment, s'opère dans un concentrateur à l'air chauffé par un serpentin de vapeur dans un bac en bois doublé en plomb. Le prix de cette régénération est insignifiant : elle s'effectue sans le moindre danger et en aucun moment l'acide n'est en contact avec le personnel.

L'étuve que nous venons de décrire sert également à dessécher d'emblée les pulpes organiques servant à la préparation des poudres d'organes. On évapore dans cette étuve environ 20 kilogrammes d'eau à l'heure par mètre carré de surface de plateau et cela à un prix de revient très bas, car avec ce dispositif, quelle que soit la température à laquelle s'effectuent la concentration et la dessiccation, la dépense du combustible reste à une moyenne d'environ 20 kilogrammes de charbon par 100 kilogrammes d'eau enlevée au produit. La force motrice nécessaire pour l'évaporation de 500 kilogrammes d'eau à l'heure dans un concentrateur ou une étuve est d'environ 4 chevaux-vapeur à la mise en marche de l'appareil ; elle se réduit ultérieurement très rapidement de près de moitié.

Vous voyez donc que, si on le veut, on peut fabriquer des préparations obtenues dans le minimum de temps, à l'abri de l'air et sans le secours de la chaleur et, je vous le répète, ce ne sont pas là des données théoriques, mais je pourrais vous citer des installations qui marchent depuis plus de six ans et servent à la grosse industrie chimique.

Nous ne pouvons donc nous rallier à l'opinion de CHOAY lorsqu'il dit dans sa communication sur le mode de préparation des extraits organiques : Les appareils de concentration dans le vide

sont bien connus; on peut reprocher à la plupart d'entre eux de se prêter difficilement au réglage des basses températures et de ne pas fournir un vide suffisamment profond. La température est facilement réglable par la circulation d'eau (1) et le vide profond dépend uniquement de l'emploi d'une bonne pompe et surtout de son bon entretien.

Par contre, nous sommes absolument de son avis lorsqu'il préconise la préparation d'extraits totaux dans le vide et à froid.

Par cette méthode, on obtient des poudres de pulpes analogues à celles que je vous présente.

Dans la dernière séance, M. CATILLON a préconisé l'emploi de l'éther pour dégraisser ces poudres opothérapiques et faciliter leur conservation. Je tiens cette pratique pour très mauvaise, car il ne faut pas oublier que l'éther n'est pas un dissolvant neutre, comme on l'a dit, mais qu'il agit souvent comme un oxydant énergique. De plus, souvent, à côté des graisses, l'éther enlève aux produits opothérapiques d'autres corps encore peu connus mais très actifs cependant d'après les recherches récentes. On les désigne sous le nom générique de lipoïdes, ce sont soit des monoaminophosphatoïdes, soit des lécithines, soit des cholestérines. Les derniers travaux de RANDON, TALLQUIST, MORGENROTH et REIGHER, PHYSALIX, ISCOVESCO, pour ne citer que les principaux, ont montré toute l'importance de ces substances et je conçois mal l'effet thérapeutique d'une poudre de foie passée à l'éther qui lui enlèvera les lipoïdes qu'elle renferme. La moelle osseuse est constituée, en presque totalité, par des substances de ce groupe, et c'est à elles qu'elle doit ses propriétés hématopoïétiques; de même, la substance cérébrale renferme de la cholestérine et de la lécithine, il faut bien se garder de les traiter par l'éther, car on n'aurait plus comme résidu qu'un stroma cellulaire inactif.

Il faut donc soigneusement dégraisser les organes avant de les faire passer au broyeur Latapie ou autre ; mais après il ne faut plus les toucher.

(1) On emploie industriellement des condenseurs frigorifiques qui fournissent de l'eau glacée à moins de 0,50 le mètre cube.

L'emploi des extraits partiels utilisés par la voie gastrique et obtenus par macération dans des liquides variés soulève un problème qu'il serait intéressant d'élucider. Doit-on employer comme solvant un liquide plutôt qu'un autre et quel est le meilleur?

La question est encore fort mal connue et suivant qu'on emploie l'eau, l'alcool, la glycérine, les sérums, on obtient des extraits de composition différente et d'activité variable. Il serait utile que l'on pût étudier systématiquement ces différentes préparations pour chacun des organes, de façon à comparer leur activité à celle de la poudre de pulpe sèche.

Pour cela, il faudrait pouvoir s'entendre sur le titrage des préparations opothérapiques. Un certain nombre d'entre elles, celles de pancréas, par exemple, étudiées par CHOAY, déterminent des réactions chimiques qui peuvent servir de bases quantitatives pour la détermination de leur activité; d'autres, comme celles de la glande thyroïde, déterminent des réactions physiologiques également utilisables.

J'ai pu faire, avec M. le professeur POUCHET, il y a déjà quelques années, des recherches sur cette question. Elles sont consignées dans la thèse de TSCHAYAN, et nous avons démontré que les extraits glycérinés de glande thyroïde étaient peu actifs ou même parfois totalement inactifs, alors que les extraits faits avec du sérum physiologique possédaient une activité comparable à celui du suc de la glande fraîche. La glycérine, dans ce cas, est donc un déplorable véhicule.

Je repousse donc l'emploi systématique de la glycérine, d'après le procédé de BROWN-SÉQUARD, pour la préparation des extraits injectables. L'action de la glycérine est élective et elle ne s'empare que de certaines substances.

Le procédé de préparation des extraits liquides injectables que je recommanderais est basé sur l'action dissolvante des solutions salines et sur le pouvoir osmotique de ces solutions hyper-, iso- ou hypotoniques.

Les organes, convenablement nettoyés, sont pulpés au broyeur

Latapie et reçus dans un bocal stérilisé et additionnés d'un égal volume de sérum physiologique. Cette émulsion est portée dans la glacière où elle reste pendant vingt-quatre heures. Il est nécessaire de l'agiter fréquemment, de préférence mécaniquement et sans qu'on soit forcé d'ouvrir la glacière.

Au bout de ce temps, l'émulsion est centrifugée. Il faut employer un appareil à godets en verre facilement stérilisables, et pour obtenir une séparation complète il faut fournir une vitesse tangentielle minimum de 70 mètres à la seconde. Le liquide décanté est complété avec une quantité telle de sérum physiologique qu'un centimètre cube représente exactement le poids de l'organe employé. On filtre alors à la bougie Chamberland, pâte dure, et on met en ampoules selon la technique habituelle.

Les préparations opothérapiques sont des médicaments fort actifs, quelques-unes d'entre elles sont même fort toxiques et il est indispensable de leur constituer en quelque sorte un état civil. Il serait désirable d'établir pour eux comme pour les extraits végétaux des réactions d'identité, des caractères de contrôle et d'instituer des méthodes de dosages.

## DISCUSSION

M. Catillon. — A propos de la communication de M. Chevalier sur les extraits, je voudrais rappeler que je suis arrivé au milieu de la dernière séance, au cours de la discussion. En répondant à M. Chassevant, je ne savais pas qu'il s'agissait uniquement du foie. Je ne me suis moi-même occupé que de certains extraits organiques, du testicule, du corps thyroïde, et pour celui-ci, je puis affirmer que les produits totaux, c'est-à-dire les glandes desséchées, dégraissés par l'éther de pétrole, et non par l'éther sulfurique comme me le fait dire M. Chevalier, sont plus actifs que ceux qui ne le sont pas, parce qu'on les a débarrassés d'un corps inerte et qu'ils se conservent mieux. La question a déjà été jugée il y a bien longtemps pour la pancréatine. Je crois que les préparations qui ont fait la fortune de la pancréatine

n'étaient que du pancréas desséché et dégraissé par l'éther sulfurique.

Quant aux extraits glycérinés, ils sont certainement actifs, puisque c'est à eux que Brown-Séquard doit les constatations physiologiques et cliniques, qu'ont pu vérifier depuis de nombreux médecins. Ils ont cette supériorité de garder leur activité pendant un temps très long et de se conserver dans d'excellentes conditions.

M. CHEVALIER. — Il ne faut pas généraliser et il se peut que parfois le dégraissage à l'éther soit sans inconvénient grave; cependant, je ferai remarquer à M. Catillon que lorsqu'on traite des pancréas à l'éther ils prennent une teinte rouge et s'oxydent; il y a donc eu par suite de cette opération une action chimique que je ne puis caractériser quant à ses effets sur les constituants actifs de la glande.

En ce qui concerne la glande thyroïde et ses extraits glycérinés, il y a là un fait expérimental que chacun peut répéter. Je ne dis pas que les extraits glycérinés de glande thyroïde soient totalement inactifs, mais je prétends que les extraits de cet organe seraient beaucoup plus actifs si l'on employait des sérums au lieu et place de glycérine.

M. VIGIER. — On dégraisse facilement à la main et au couteau la pulpe du corps thyroïde très complètement, et lorsque M. Catillon nous dit qu'on ne dégraisse que de 25 p. 100, je suis très surpris.

M. CATILLON. — Le corps thyroïde est un organe très compact, de l'intérieur duquel on ne peut extraire avec la main ou le couteau la graisse aseptiquement.

(*A suivre.*)

# VARIÉTÉS

## Les varices. — Leur traitement. — L'hygiène des variqueux.

Les varices sont constituées par la dilatation permanente et pathologique des veines. Observées quelquefois au crâne, à la face, au niveau même des gros troncs veineux thoraciques, au col de la vessie, à l'estomac, à l'œsophage, à la langue, au membre supérieur, elles affectent une prédilection marquée pour les veines du membre inférieur.

Rares dans l'enfance, se manifestant assez souvent dans la jeunesse, elles se déclarent surtout de trente à quarante ans, augmentant de fréquence et de volume avec les années.

Simples cordons noueux, mollasses, bleuâtres au début, parfois droits, mais le plus ordinairement flexueux, mobiles et donnant au toucher la sensation de vers qu'on ferait mouvoir sous la peau, ils finissent par se recourber, s'accoler, formant des paquets saillants qu'on a comparés à des circonvolutions intestinales en miniature. La peau peut enfin arriver à s'altérer elle-même et à dater de ce moment s'observent de désagréables complications, des ulcères et des hémorragies.

Les varices du membre inférieur n'ont pas de gravité, néanmoins elles constituent une véritable infirmité pour les individus qui en sont porteurs, infirmité si commune que les hernies seulement peuvent, à ce point de vue, leur être comparées. La vie des variqueux peut arriver à être comme celle des hernieux extrêmement pénible; aussi comprend-on les tentatives opératoires entreprises dans le but d'obtenir la cure radicale des premiers, comme on est arrivé à obtenir la cure radicale des seconds.

### I

Je viens de prononcer le mot de « cure radicale », mais cette cure radicale, au sens absolu du mot, est-elle possible? On sait, depuis les travaux de Verneuil, que les veines superficielles,

dilatées, apparentes sous la peau, communiquent avec les veines profondes situées dans l'épaisseur du membre et que ces dernières sont à peu près toujours variqueuses quand les premières présentent cette altération. Et puis, cette dilatation particulière des veines est symptomatique d'un état maladif de leurs parois relevant de l'arthritisme, d'où il suit que le traitement vraiment curatif serait celui qui, s'adressant à tout le système veineux d'un membre, pourrait rendre aux parois veineuses leur structure normale. On peut y parvenir dans une certaine mesure par l'emploi longtemps prolongé et à doses réduites du suc de certaines plantes et en particulier de l'*Hamamelis virginica*, de l'*Hydrastis canadensis*, du *Viburnum prunifolium* et de l'*Ergotine*.

A cette exception près, le traitement des varices ne peut être que palliatif. La base en est dans le port d'un bandage compressif. Le plus simple est la bande de flanelle roulée, qui peut suffire dans les cas légers à condition d'être méthodiquement appliquée chaque jour. Dans la pratique usuelle il est préférable de se servir de « bas à varices ». Il y en a de deux sortes, les bas lacés et les bas élastiques. Ces derniers sont fabriqués avec du tissu mélangé de fils de coton ou de soie et de fils de caoutchouc; ils laissent le talon et les orteils libres et doivent remonter plus ou moins haut suivant l'étendue des varices.

Malheureusement ces appareils ne sont pas toujours aisément supportés; ils se détériorent facilement, se salissent et déterminent des éruptions diverses; ils n'en rendent pas moins de grands services en permettant aux malades de continuer leurs professions, en évitant la plupart des complications de l'état variqueux.

M. Landerer (de Leipzig), pensant qu'il faut attribuer les varices à l'atrophie des valvules veineuses qui normalement s'opposent au mouvement rétrograde du sang, a eu l'idée de borner sa compression sur la veine, au-dessus du point où commence sa dilatation. Il préconise l'emploi d'une sorte de jarretière, munie à l'intérieur d'un ressort parabolique et d'un petit réservoir rempli de glycérine ou d'eau. Si les varices ne dépassent

pas le genou, on met la jarretière au-dessous de cette articulation, à la partie interne de la cuisse. Le réservoir doit reposer sur la veine dilatée; il presse aussi au moyen du ressort parabolique sur un seul point, tandis que les autres parties du membre sont à l'abri de toute compression.

La pelote de Landerer, outre qu'elle doit être sujette à des déplacements nombreux, a pour simple but de fermer la lumière du vaisseau, tout comme le ferait la ligature de la veine. Ne vaut-il pas mieux recourir à celle-ci? L'intervention chirurgicale se trouve indiquée s'il s'agit d'un travailleur qui, par l'usure rapide de ses bas compresseurs, par les fatigues qu'il s'impose, par le manque de soins de propreté, l'absence de milles petits riens, se trouve exposé aux ulcères rebelles, aux douleurs, aux phlébites variqueuses. Si l'on adopte le procédé recommandé par M. Montaz (de Grenoble), la ligature de la veine variqueuse est d'une extrême simplicité. Il suffit d'aller, avec une aiguille chargée d'un crin de Florence, le tout bien stérilisé, piquer la peau à côté de la veine, passer sous cette dernière, pour ressortir en traversant la peau aussi près que possible du point d'entrée. Reste à serrer vigoureusement le crin étreignant tout à la fois la veine et la peau. Cette opération est répétée à 10 ou 20 centimètres plus loin de manière à placer sur la veine, trois, quatre, cinq ligatures analogues. Un pansement aseptique recouvre le tout. Au bout de huit à dix jours on coupe les crins et le traitement est terminé. A peine une légère cicatrice linéaire vient-elle attester la petite intervention.

Pour éviter les récidives assez fréquentes qui se produisent après les ligatures, nombre de chirurgiens sont partisans de l'excision des masses variqueuses et de la plus large partie de la veine elle-même.

On a encore proposé de guérir les varices en injectant dans l'intérieur des dilatations des substances destinées à amener la coagulation du sang. Mais ce sont des méthodes aveugles qui peuvent être cause des plus grands méfaits et qu'il faut absolument bannir de la thérapeutique. Lorsqu'il s'agit d'une infirmité

aussi facile à pallier, il n'est pas rationnel de faire courir à un malade des dangers certains en vue d'un résultat problématique.

II

A leurs débuts, les varices ne constituent qu'une incommodité et ne demandent que des précautions. Il faut éviter les longues marches, les exercices fatigants et surtout la station verticale prolongée. Tout lien circulaire est nuisible et l'usage des jarretières en particulier doit être proscrit. Il convient de veiller à ce que rien n'irrite la peau des jambes qui sera entretenue dans un état de rigoureuse propreté. La position horizontale sera prise aussi souvent que possible et le variqueux aura à renoncer aux professions pénibles de compositeur d'imprimerie, de portefaix, de cuisinier, d'ouvrier des ports, de briquetier, de marin, de cultivateur, de soldat. Chez celui-ci, outre la station debout, l'habillement paraît devoir être incriminé; le ceinturon en comprimant le ventre, les courroies en étreignant les épaules, l'attitude imposée par la charge à porter, tout cela détermine une sorte de pléthore abdominale pouvant retentir sur la circulation des membres inférieurs.

La compression est, après la position horizontale, le moyen palliatif le plus efficace. Elle a sur celle-ci l'avantage d'être compatible avec les exigences de la vie et elle ne lui est pas inférieure sous le point de vue du résultat définitif, attendu que, quelque prolongé que soit le repos, il n'empêche pas les varices de reparaître aussitôt qu'on revient à la station verticale. Le bas élastique, après avoir été essayé sur le membre sain pour vaincre la rigidité primitive du tissu, sera appliqué directement à nu sur le membre variqueux. Cette pratique est préférable à celle qui le fait porter sur un bas de coton ou même de soie. Il faut éviter, en effet, que le membre ne soit blessé par les plis qu'un vêtement sous-jacent pourrait faire. C'est ici le cas de dire qu'un variqueux doit éviter les plaies, les écorchures, les plus légères blessures qui peuvent devenir le point de départ d'ulcères d'une désolante ténacité.

La compression doit céder le pas à la position horizontale toutes les fois qu'il survient une complication qui la rend douloureuse et qui s'aggraverait si on ne s'empressait pas d'y renoncer. Ainsi l'inflammation des veines et des tumeurs variqueuses exige le séjour au lit jusqu'à ce que le traitement en ait triomphé. Il faut même donner au membre une position telle que le pied soit relevé et que le sang puisse être entraîné par son poids vers la racine du membre. C'est la première indication à remplir et elle suffit souvent.

Les ruptures des varices exigent également le repos dans la position horizontale; mais lorsque l'hémorragie ne s'arrête pas, il faut y joindre la compression. Dans ce cas, c'est à l'usage de la simple bande qu'il faut recourir, elle permet d'établir la compression sur le point précis d'où s'échappe le sang et de la graduer au besoin.

Les ulcères variqueux exigent également au début et lorsqu'ils sont enflammés la position horizontale. Mais lorsqu'ils sont revenus à l'état normal, qu'ils ont pris l'aspect vermeil, ils peuvent guérir sous le bas élastique. Il suffit de les toucher de temps en temps avec le crayon de nitrate d'argent, de les recouvrir d'un morceau de linge fin enduit de vaseline et soutenu par une plaque d'ouate. On applique par-dessus ce petit appareil le bas élastique qui le soutient, comprime les varices voisines et permet au travail de cicatrisation de s'opérer.

CH. AMAT.

## Le traitement pastorien de la rage.

**Peut-il favoriser l'éclosion de la maladie?** (*Société de Biologie.*) — De l'étude comparée faite par NITSCH de 140 cas de mort chez des personnes ayant subi le traitement antirabique à Paris, à Varsovie et à Cracovie et de 100 décès par rage chez des personnes non soumises au traitement pastorien, il résulte que, dans les trente premiers jours qui suivent la morsure, on trouve une mortalité de 30 p. 100 chez les traités et 10 p. 100 seulement

chez les non-traités ; qu'après le quarantième jour, au contraire, il meurt 50 p. 100 des traités et 78 p. 100 des non traités ; que plus de cent jours après la morsure il meurt 12,5 p. 100 des personnes traitées et 30 p. 100 des non traitées. La conclusion à tirer est que s'il est indéniable que la méthode pastorienne a ramené de 10 p. 100 et au delà à 1 p. 100 la mortalité des personnes mordues, il n'en est pas moins vrai que la mort se produit plus tôt chez les personnes traitées et que les longues incubations sont plus fréquentes chez celles qui ne se soumettent pas à la méthode pastorienne.

Comme de ces faits on peut tirer un argument contre les inoculations, M. REMLINGER, directeur de l'Institut de Constantinople, s'est livré, pour l'établissement à la tête duquel il se trouve, à un travail identique à celui entrepris par NITSCH pour Paris, Varsovie et Cracovie. Dans une récente communication faite à la *Société de Biologie de Paris*, il a montré que la comparaison de 50 cas de rage, chez des personnes traitées, et de 20, chez des personnes non traitées, donne, dans les huit jours qui suivent la morsure, une mortalité de 20 p. 100 chez les traités et de 50 p. 100 chez les non traités; après le quarantième jour il meurt, au contraire, 50 p. 100 des traités et 30 p. 100 des non traités; après le centième, 10 p. 100 des traités et 5 p. 100 des non traités. De sorte qu'à l'inverse de la statistique précédente, la statistique turque montre que, chez les personnes qui ne se soumettent pas à la cure pastorienne, la mort se produit plus tôt que chez les personnes traitées; que les longues périodes d'incubation sont plus fréquentes chez les traités que chez les non traités.

Ces chiffres, dit M. REMLINGER, sont plus favorables encore à la méthode pastorienne qu'il ne semble de prime abord. L'incubation de la rage étant d'autant plus courte que les morsures sont plus graves, on n'est en droit de comparer la durée de cette incubation, chez des personnes traitées et non traitées, que si on suppose la gravité des morsures égale dans les deux cas. Or, il est évident que ce sont surtout les morsures bénignes qui échappent au traitement et les morsures graves qui lui sont soumises.

Les incubations courtes, chez les personnes traitées, et longues, chez les personnes non traitées, qu'on trouve dans la statistique de NITSCH, n'ont, dès lors, rien qui doive surprendre. Elles s'expliquent d'une façon très simple, sans qu'il soit nécessaire d'inventer un coup de fouet donné au virus rabique par la vaccine pastorienne.

Et pour appuyer sa façon de voir, M. REMLINGER fait observer que, certains mordus venant suivre le traitement antirabique alors qu'ils présentent déjà, du côté de la morsure, des phénomènes considérés à juste titre comme prémonitoires, si la méthode pastorienne était capable de donner un coup de fouet à la maladie, ce serait aisément dans des cas semblables, tandis qu'il arrive fréquemment que, soumis à un traitement intensif, ces morsures échappent à la rage. Au reste, la grande majorité des mordus qui suivent le traitement pastorien étant en incubation de rage, il est à se demander pourquoi l'action prédisposante est si exceptionnelle et ne s'observe jamais dans les cas bénins.

M. REMLINGER ne croit pas que le traitement antirabique puisse favoriser l'éclosion de la maladie chez une personne en incubation. Il semble cependant que toutes les statistiques ne soient pas concordantes. Et l'on a incriminé le vaccin antirabique de donner parfois aux autres microorganismes qui sommeillent un véritable coup de fouet provoquant une infection mortelle. Que cela se produise rarement, c'est possible ; mais cela suffit pour prouver qu'il convient encore de faire quelques réserves sur l'innocuité absolue du traitement pastorien.

### Doit-on porter la barbe ?

Ici, comme en tant d'autres questions, les avis diffèrent. Ne portez pas la barbe, disent les uns; c'est un refuge pour les microbes. Mais les cils et les cheveux sont logés à même enseigne, et il n'est encore venu à l'esprit de personne d'obliger au sacrifice des uns et des autres sur l'autel de l'hygiène. Des

soins de propreté ordinaire ou à la rigueur des lavages antiseptiques peuvent, ce me semble, suffire à écarter les dangers. Portez la barbe, disent les autres, car la moustache agit à la manière des sourcils pour les yeux, elle défend la bouche et les fosses nasales en arrêtant les corps étrangers qui auraient tendance à y pénétrer. La barbe protège dans une certaine mesure contre les maux de dents, les névralgies dentaires et faciales, les fluxions des gencives, les affections du larynx, enfin le gonflement des glandes du cou chez les sujets lymphatiques. Elle mettrait même, d'après quelques auteurs, à l'abri de la paralysie faciale.

Médicalement parlant, le peu de valeur des arguments donnés ne saurait entraîner la conviction. Aussi semble-t-il peu logique de faire intervenir l'hygiène, comme d'aucuns le voudraient, dans le règlement d'une question où elle n'a pas des droits bien assis et où le simple caprice régnera longtemps encore en souverain maître.

---

# BIBLIOGRAPHIE

*Manuel d'analyse des urines et de séméiologie urinaire*, par P. Yvon et Ch. Michel, septième édition très augmentée. 1 vol. in-18 cartonné de 750 pages, avec 57 figures et 9 planches en noir et en couleurs. O. Doin, éditeur, prix 9 francs.

Tout le monde connaît le Manuel d'analyse urinaire de Yvon, car cet ouvrage est devenu classique et se trouve entre les mains de tous les médecins qui ont le souci de se tenir au courant des progrès de la clinique. Depuis une vingtaine d'années, l'analyse a pris une place considérable parmi les procédés physico-chimiques qui peuvent éclairer le diagnostic. Depuis les travaux d'Albert Robin, le laboratoire joue un rôle de plus en plus important à ce point de vue, et personne, surtout parmi les jeunes médecins, n'a plus le droit d'ignorer ce sujet. Pour y être guidé on ne retrouvera certes pas mieux que ce livre consciencieux, écrit par l'un des hommes qui possède l'esprit le plus précis et le plus scrupuleux.

La nouvelle édition à laquelle a collaboré M. Michel, un de nos plus savants analystes, a été mise au courant des idées les plus nouvelles, et nous ne saurions mieux faire que de conseiller à ceux qui possèdent une édition déjà ancienne, de se procurer la nouvelle.

*Manuel de médecine mentale* à l'usage des praticiens et des étudiants, par L. MARCHAND, médecin des asiles d'aliénés, avec une préface du docteur Toulouse. 1 vol. in-18 cartonné de 600 pages. O. Doin, éditeur, prix 7 fr. 50.

Cet ouvrage répond exactement à son titre et c'est le meilleur éloge qu'on puisse en faire. C'est un manuel élémentaire destiné à rafraîchir les connaissances du praticien et à faire l'éducation de l'étudiant.

*Les Dysenteries*, par CH. DOPTER, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 1 vol. cartonné de 300 pages avec figures dans le texte et 12 planches en noir. Doin éditeur, prix 5 francs.

Ce petit ouvrage fait partie de la Bibliothèque de Microbiologie et Parasitologie de l'Encyclopédie scientifique entreprise chez O. Doin par le Dr Toulouse. C'est donc la mise au point complète de la question, au point de vue de la pathologie générale. On y trouvera tous les renseignements techniques nécessaires sur l'étude bactériologique des dysenteries et sur leur sérothérapie.

*La Mimique chez les aliénés*, par le Dr G. DROMARD, médecin des Asiles publics d'aliénés. 1 vol. in-18 de la collection médicale, cartonné à l'anglaise. Alcan, éditeur, prix 4 francs.

M. Dromard aime les sujets originaux, on lui doit déjà, en collaboration avec le Dr Antheaume, un essai critique sur *Poésie et folie* qui a été vivement goûté par les lecteurs friands de ce genre d'étude. Son nouveau livre est moins littéraire, mais également curieux. Le geste de l'aliéné est un signe très particulier qui a, comme le prouve l'auteur, une très grande importance au point de vue diagnostic; aussi méritait-il d'être l'objet d'une étude particulière. M. Dromard a su la faire d'une façon très scientifique et très serrée; on prendra certainement plaisir et profit à la lire.

*Manuel de technique thérapeutique médicale* à l'usage des médecins praticiens, par le professeur F. GUMPRECHT, traduit de l'allemand par le docteur F. Dauwe. 1 vol. grand in-8 de 530 pages avec 205 figures dans le texte. J.-B. Baillière, éditeur, prix 12 fr. 50.

Ce manuel pourrait être intitulé : *Petite chirurgie*, titre que portaient jadis chez nous les ouvrages similaires. Ce livre a eu un très grand succès en Allemagne, et cela se conçoit, car il est très complet et d'excellent conseil. Toute la technique des petites opérations que le praticien est obligé de faire s'y rencontre, ponctions, saignées, transfusion, injections de tous genres, lavages de l'estomac, cathétérisme de l'œsophage, lavages de l'intestin, tubage du larynx, petites opérations sur le pharynx et les voies nasales, anesthésie générale, locale ou lombaire, opérations simples sur les voies urinaires, etc... Comme on le voit par ce résumé très-succinct de la table de cet ouvrage, les renseignements sont nombreux et des

plus utiles, car les procédés sont décrits avec beaucoup de méthode, et j'avoue n'avoir pas rencontré jusqu'ici de guide aussi minutieusement ordonné. Le but des auteurs a été de mettre entre les mains du praticien un excellent manuel professionnel, mais il a été dépassé, et on peut considérer que l'étudiant, et surtout l'externe des hôpitaux de Paris, pourra trouver là son véritable vade mecum.

*Fourth annual report of the Henry Phipps institute for the study treatment and prévention of tuberculosis.* Un vol. grand in-8 de 430 pages avec planches, publié par le Dr Henry Phipps, Institut Philadelphie.

Le quatrième rapport annuel du *Phipps institute*, vient de paraître. On sait que ses rapports représentent les travaux accomplis dans l'année à cet établissement, spécialement consacré à l'étude de la tuberculose. On y trouve une quantité considérable de documents très intéressants pour les médecins qui font de cette maladie l'objet d'une étude spéciale.

*L'Étude experimentale de la rage*, par le Dr Auguste Marie, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur. Un vol. in-18 jésus cartonné de 370 pages avec figures dans le texte et planches en couleurs. Octave Doin, éditeur, prix 5 francs.

Cet ouvrage, qui fait partie de l'*Encyclopédie scientifique* publiée sous la direction du Dr Toulouse, est une monographie de la rage. Comme tous les volumes de cette collection, c'est la mise au point très complète des matières traitées, terminée par un index bibliographique très étendu. Celui du Dr Marie ne comporte pas moins de 935 numéros.

*Hygiène générale d'une crèche*, par le Dr A. Chaillou. Un vol. in-18 de 100 pages, avec figures dans le texte. Turgis, imprimerie du Progrès, Verneuil.

*L'Hygiène de l'enfant*, de la naissance à l'adolescence, à l'usage des mères, par les Drs Barbarin, Quillier, et Surbled. Un vol. in-18 jésus cartonné de 376 pages avec 72 figures dans le texte. Octave Doin, éditeur, prix 4 francs.

*Les Sulfo-Éthers urinaires*; physiologie et valeur clinique dans l'auto-intoxication intestinale, par H. Labbé, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris, et G. Vitry, chef de clinique à la Faculté, n° 53 de l'œuvre médico-chirurgicale. Une brochure in-8 de 36 pages. Masson, éditeur, prix 1 fr. 25.

*Leucoplasie laryngée*, par le Dr Gaston Poyet. Une brochure in-8 de 67 pages. Octave Doin, éditeur.

# REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

## Pharmacologie.

**Traitement combiné par la théobromine et l'iode.** — Il s'agit d'un produit nouveau, la théobromine sodium-iodure de sodium, expérimenté par M. N. JAGIC (*Med. Klinik.*) à la clinique du professeur von Noorden, à Vienne. La formule de ce sel double, très voisin de la diurétine, est $C^7H^7Az^4O^2Na$-NaI. La teneur en théobromine est de 51,1 p. 100. C'est une poudre un peu hygrométrique, facilement soluble, de réaction alcaline et de goût un peu amer. On la prescrit à la dose de 2,50 à 5 grammes par jour, en cachets de 1 gramme ou de 0 gr. 50. L'action diurétique, à la dose de 5 grammes, a été rapide, mais on a eu assez fréquemment des accidents d'iodisme. Avec des doses moitié moins fortes, on a obtenu de très bons résultats dans l'artério-sclérose, dans l'angine de poitrine et dans l'anévrisme de l'aorte. On a remarqué notamment un abaissement de la tension sanguine, et une forte diminution des douleurs. Ce produit est livré en poudre ou en solution sucrée à la saccharine et aromatisée à la fleur d'oranger, sous le nom d'eusténine.

**Observations sur l'emploi de l''Euquinine.** — I. *L'Euquinine dans la malaria.* — M. TARASCONI (*Gaz. intern. di Medicina, Chirurgia, etc.*, 1908, n° 16) a employé, dans la malaria des enfants, des tablettes de chocolat à l'euquinine dont il a été très satisfait. Ces tablettes contenaient de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 du médicament. Il les a utilisées non seulement comme prophylactiques, mais encore comme thérapeutiques chez de jeunes sujets atteints antérieurement d'accidents malariques. Il n'a jamais observé ni résistance chez ses jeunes malades ni troubles d'irritation du tube digestif.

II. *Prophylaxie antimalarique par l'euquinine.* — MALCOLM WATSON, dans le *Brit. med. Journ.* du 29 février 1908, donne

les résultats obtenus par lui avec l'euquinine dans la prophylaxie antimalarique en Malaisie. La mortalité des nourrissons et des enfants, qui était très élevée, a été réduite à néant. Il donnait, par jour, 0 gr. 30 d'euquinine dans du lait condensé. Le point remarquable est la facilité avec laquelle ce médicament est accepté par les enfants qui refusaient jadis absolument la quinine.

III. *L'euquinine en pédiatrie.* — M. MONCORVO FILHO, de Rio-de-Janeiro, emploie très souvent l'euquinine avec le plus grand succès dans le traitement des maladies infantiles. L'euquinine, dont le grand avantage est d'être insipide, perd cette qualité en présence d'une salive acide. L'auteur la donne, en conséquence, associée au bicarbonate de soude, en solution dans une potion gommeuse. Le paludisme, la coqueluche, la fièvre typhoïde, l'érythème noueux paraissent être les affections dans lesquelles les résultats ont été les meilleurs.

**Le phosphergot.** — M. PAUL BELLOT (de Niort) rappelle aux praticiens, dans le *Jour. de méd. et de chir. prat.* (10 juillet 1908), les services que peut leur rendre le phosphergot. Celui-ci n'est pas une spécialité, mais un mélange préconisé jadis par le Dr LUTON, professeur à l'Ecole de Médecine de Reims, et qui unit les qualités de l'ergot de seigle à celles du phosphate de soude. Ce médicament a paru à l'auteur une source d'énergie dans la débilité en général et il en a surtout obtenu des succès remarquables dans l'anémie et les états neurasthéniques. Dans ces derniers il a vu souvent, à la suite de l'emploi du phosphergot, revenir les forces physiques en même temps que l'énergie morale. Son emploi fut également suivi d'amélioration très marquée chez certaines anémiques avec aménorrhée ou, au contraire, avec ménorragies. De même la spermatorrhée, l'incontinence d'urine, l'asthénie des diabétiques ont été améliorées de façon très notable par l'emploi du phosphergot qui n'a jamais provoqué ni troubles digestifs ni symptômes d'ergotisme.

Au mode d'emploi préconisé par LUTON et qui avait l'inconvénient de laisser à la disposition des malades des quantités relativement grandes d'ergot, BELLOT préfère la formule suivante :

Phosphate de soude effleuri......... } ââ 0 gr. 25
Poudre d'ergot de seigle récente..... }

Pour un cachet n° 20; un ou deux cachets à la fin de chaque repas.

Chez les enfants, la dose sera réduite de moitié ou des trois quarts. L'usage du médicament sera continué pendant 10 à 20 jours et pourra être repris après une période de repos. Supprimer l'emploi du phosphergot pendant les règles, sauf en cas de ménorragies.

**Influence de la voie d'administration sur la dose minima mortelle de strophantine.** — Sous ce titre, M. E. MAUREL a rendu compte à la *Société de Biologie* des recherches qu'il a effectuées sur trois espèces animales : la grenouille, le lapin et le pigeon. La strophantine a été introduite dans l'économie par voie gastrique, voie musculaire et voie veineuse. Voici les conclusions de l'auteur :

Pour ces trois espèces animales, la strophantine est beaucoup plus active par voie musculaire ou hypodermique que par voie gastrique. De vingt fois plus active pour la grenouille, la proportion est de plus de soixante fois pour le pigeon et de quatre-vingts fois pour le lapin.

Pour ce dernier animal, la voie veineuse n'a été que deux ou trois fois plus active que la voie hypodermique.

**La Cocaïnomanie nasale.** — M. A. HAUTANT divise les cocaïnomanes nasaux (*Tribune médicale*) en deux groupes : les premiers, malades qui ont eu recours à des badigeonnages nasaux à la cocaïne pour traiter une affection rhinologique et continuent ensuite cette pratique, n'emploient pas des solutions assez concentrées pour devenir de véritables intoxiqués, les seconds, au

cocaïne, sont d'anciens morphinomanes ou du moins des sujets partiellement démorphinisés qui, spontanément ou par esprit d'imitation, prisent de la cocaïne en cristaux. Ces malades sont rares, mais ils existent. M. Sollier en a observé 4 cas et l'auteur en connaît deux autres exemples. Ils prennent en général de 1 à 4 grammes de cocaïne par jour. Un malade de M. Sollier [illegible] jusqu'à 8 et 10 grammes, tandis qu'un autre prisait un mélange de cocaïne et de morphine. Ils ont recours à ce poison par besoin d'excitation.

Ces malades sont sujets à deux sortes d'accidents : les accidents généraux et les accidents locaux.

Les [illegible] sont les [illegible] du cocaïnisme chronique [illegible]

[illegible]

2° L'urétrotomie interne est la seule méthode permettant d'obtenir des succès thérapeutiques. C'est une opération qui comporte le minimum de danger. Son application doit être limitée aux rétrécissements situés dans les cinq premiers pouces du canal à moins qu'une urétrotomie périnéale externe ne soit combinée avec l'urétrotomie interne.

3° Pour les rétrécissements des parties plus profondes du canal, la dilatation graduelle est la meilleure forme de traitement s'il ne survient pas de troubles constitutionnels consécutifs à son emploi, et si l'urètre pendant un temps suffisamment long maintient le calibre produit par la dilatation au moyen des instruments.

4° Pour les cas où les rétrécissements de l'urètre postérieur se reforment rapidement après une dilatation, ou bien ceux dans lesquels surviennent des troubles constitutionnels à la suite de la dilatation, et même aussi pour les rétrécissements résistants et étroits de l'urètre postérieur et dans tous les cas où la dilatation progressive est sans emploi, l'urétrotomie périnéale externe, ou l'urétrotomie interne combinée avec l'incision externe dans le périnée est la méthode de traitement la plus sûre et la plus efficace.

5° L'urétrotomie périnéale externe est la seule méthode qui doive être appliquée dans les cas de rétrécissements accompagnés l'extravasation urinaire.

6° La résection de la partie rétrécie du canal doit être réservée ux cas de rétrécissements très serrés, non dilatables, de la partie érinéale du canal.

# FORMULAIRE

## Formule analgésique.

| | | |
|---|---|---|
| Poudre de fruits de capsium | 300 | gr. |
| Poudre de poivre noir | 54 | » |
| Poudre de rhizome de Galanga | 36 | » |
| Poudre de racine de ratanhia | 18 | » |
| Grains de Paradis | 540 | » |
| Bois de gaïac | 150 | » |

On soumet le mélange à la percolation avec l'alcool à 90 p. 100 de façon à obtenir 4.200 de percolature, dans laquelle on dissout:

| | | |
|---|---|---|
| Savon de potasse | 150 | gr. |
| Camphre | 135 | » |
| Essence de thym | 15 | » |
| — de girofles | 15 | » |
| — de romarin | 15 | » |
| — de lavande | 15 | » |
| Liqueur d'ammoniaque caustique triple | 350 | » |
| Eau distillée | 350 | » |

On filtre après plusieurs semaines de repos de la solution et l'on s'en sert en applications locales *loco dolenti*. (*Pharmac. J.*, 1907, 701.)

## Contre le prurit des goutteux.

| | | |
|---|---|---|
| Sous-acétate de plomb | 2 | gr. 50 |
| Teinture d'opium | 10 | » |
| Eau de roses | 250 | » |

Usage externe.

Pour lotions 2 à 3 fois par jour.

*Le Gérant :* O. DOIN.

PARIS. — IMP. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

# LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## VINGTIÈME LEÇON

### Traitement des adénites tuberculeuses.

PREMIÈRE PARTIE

par M. le professeur ALBERT ROBIN,
de l'Académie de médecine.

I

Vous entrez dans la carrière médicale à un moment critique, et tous ceux qui ne la considèrent pas comme une sorte de sacerdoce se préparent de grosses désillusions, car elle déchoit assez rapidement de son ancienne splendeur. De toutes parts, les médecins praticiens se plaignent de la situation précaire qui leur est faite. Ils s'agitent et se syndiquent pour tenter d'opposer la force de leur union aux difficultés qui les assaillent. Et la principale de ces difficultés, c'est la peine qu'ils ont à équilibrer leur budget avec l'actif des honoraires décroissants et le passif de leur vie plus coûteuse et de leurs charges croissantes.

On me communiquait ces jours derniers une statistique qui est faite pour assombrir l'esprit des médecins de demain. Je ne sais si cette statistique est l'exacte expression de la vérité, mais il m'étonnerait qu'elle en fût bien éloignée. Sur mille médecins, dit-elle, il en est quinze qui font quelque fortune, cent qui s'assurent une modeste aisance pour leur vieillesse, trois cents qui, comme on dit, joignent péniblement les deux bouts, à force de travail ; les autres végètent quand ils ne sont pas en déficit.

Toutes les causes que les Syndicats médicaux et le Congrès des praticiens ont invoquées pour expliquer cet état de choses

sont réelles et ne diffèrent que par leur importance respective. Vous les connaissez, je n'y reviendrai donc pas, parce qu'il n'est pas en mon pouvoir de les réduire. Cependant, il en est deux que je mettrai en relief, parce qu'il est possible d'y remédier, c'est l'insuffisance de l'enseignement pratique et la diminution du champ d'activité du médecin proprement dit, c'est-à-dire du médecin qui n'accole à son titre aucune épithète de spécialisation.

L'enseignement médical pèche surtout par la thérapeutique. Quand le jeune docteur quitte l'école pour faire œuvre de médecin praticien, que sait-il du traitement des maladies? A l'hôpital, il a vu la plupart de ses maîtres s'ingénier à des diagnostics minutieux, mais négliger sinon mépriser la thérapeutique. Il a entendu railler ceux qui croient aux actions médicamenteuses; on lui a répété sur tous les tons que l'hygiène, la diététique et les agents physiques constituent à eux seuls la thérapeutique vraiment efficace et dépourvue de danger. S'il a subi des concours, on lui a dit de bien se garder de toute digression sur le traitement et de reléguer celui-ci à la fin de son épreuve, s'il lui reste du temps.

Devenu praticien, il s'aperçoit bien vite que ce qu'on lui a appris ne répond pas à l'objectif du malade, qui n'a cure de haute science et demande simplement à être soulagé puis guéri. Et comme on n'a pas enseigné au jeune médecin cette partie la plus urgente de sa tâche, il arrive que le malade, bientôt désabusé, recherche les soins de ceux qui lui promettent ce qu'il demande, ou qui tentent du moins quelque effort dans ce sens et ne se bornent pas à un traitement de symptôme.

Cette ignorance de la thérapeutique médicale est la cause principale de l'essor de la chirurgie et des diverses spécia-

lités qui ont à ce point empiété sur le domaine médical proprement dit, que celui-ci se restreint tous les jours, pendant que s'accroît le nombre des médecins. La chirurgie lui a pris les maladies de l'utérus et de ses annexes, les affections de l'estomac et de l'intestin, nombre de maladies du foie et des reins, et voici qu'elle aborde les maladies du système nerveux et de l'appareil respiratoire. Le traitement de la tuberculose commence à échapper aux médecins, depuis l'institution des sanatoriums où l'on ne pratique que la cure dite hygiéno-diététique. Il n'est pas d'organe dont les maladies n'aient leurs spécialistes. Que va-t-il rester aux médecins tout court, si l'on ne commence pas à réagir contre cet envahissement progressif?

Il n'y a qu'une manière de réagir, c'est de reprendre aux chirurgiens et aux spécialistes les maladies que vous pouvez traiter aussi bien qu'eux-mêmes et avec moins de dommages. Mais, pour réussir, il faut que vous puissiez proposer aux malades des traitements médicaux efficaces; et pour proposer et exécuter ces traitements, il faut les connaître, les avoir vu mettre en œuvre et s'être convaincu de leur puissance.

Tel est le but principal de mon enseignement. J'ai pris à tâche de vous montrer que la thérapeutique médicale est loin d'être désarmée dans nombre d'affections dont les médecins ont été dépossédés. Nous avons pu voir, l'an dernier, que l'ulcère stomacal même compliqué, l'appendicite, la péritonite tuberculeuse, la plupart des sténoses pyloriques, le rhumatisme blennorragique, etc., étaient presque toujours justiciables du traitement médical. Cette année, nous étendrons *nos reprises sur la chirurgie* en montrant que les tuberculoses osseuses, nombre d'affections utérines, certains catarres infectieux sont de notre ressort, et je vais, dès

aujourd'hui, vous parler du traitement médical d'une affection que nous revendiquent les chirurgiens, à savoir les adénites tuberculeuses.

## II

La Société d'Etudes scientifiques sur la tuberculose a inscrit cette année la question du traitement des adénites tuberculeuses au programme de ses travaux. Deux rapports ont été faits, l'un par moi-même, sur leur traitement médical, l'autre par M. Villemin, chirurgien à l'hôpital Lariboisière, sur leur traitement chirurgical. Il semblait donc qu'il y eût deux modes de traitement différents, applicables chacun à des modalités particulières des adénites tuberculeuses. Or, des études poursuivies à Berck-sur-Mer, à l'Institut orthopédique du Dr Calot, m'ont montré qu'il n'y avait en réalité qu'un seul traitement des adénites tuberculeuses et que, sauf des cas exceptionnels bien spécifiés par M. Villemin, elles relevaient d'un traitement applicable par tous les médecins.

Vous en avez la preuve, par le malade que je vous présente et au traitement duquel vous avez assisté dans nos salles.

C'est un électricien âgé de 20 ans. Originaire de province, il habite Paris depuis neuf mois. Les antécédents héréditaires sont satisfaisants. Lui-même dit toujours avoir eu des glandes au niveau du cou. Mais elles ne commencèrent à l'inquiéter qu'il y a trois mois, car elles se mirent alors à grossir si rapidement qu'un médecin posa le diagnostic d'oreillons parotidiens. Un autre médecin plus avisé conclut à des adénites tuberculeuses multiples et fit un traitement général reconstituant.

Cependant les masses ganglionnaires continuèrent à

grossir; elles devinrent douloureuses, gênant la mastication et les mouvements de la tête et du cou, et quand, le 22 octobre dernier, le malade se décida à entrer à l'hôpital, il avait un cou vraiment monstrueux, avec deux tuméfactions énormes faisant bomber les parties latérales en dehors de la face et s'étendant en avant au-dessous de l'arcade du maxillaire inférieur. Tout autour de ces tuméfactions, on sent, au palper, des masses plus petites, nombreuses, de consistance dure ou résistante, tandis que les masses principales présentent des points mous, fluctuants, à côté d'autres de consistance solide.

Toutes ces tuméfactions gênent les mouvements de la tête et du cou qui demeurent comme immobilisés. Elles sont douloureuses à la plus légère pression. A leur niveau, la peau est tendue, et, du côté gauche, il existe une zone rouge violacé faisant saillie, plus douloureuse et donnant l'impression d'une rupture prochaine.

On constate encore des masses ganglionnaires, plus petites, dures, dans les deux aisselles, et dans les régions inguinales.

A l'examen de la poitrine, on constate de la submatité au sommet du poumon droit, avec respiration rude, respiration prolongée et léger retentissement de la voix. Le malade tousse fréquemment et expectore le matin de petits crachats épais dans lesquels on trouve de rares bacilles de Koch, très grêles. L'état général est satisfaisant, l'appétit assez régulier, les forces conservées. Pas d'amaigrissement ni de sueurs nocturnes. La température matinale est normale à 37°, celle du soir s'élève entre 37° et 37°7.

A l'âge de dix-sept ans, notre malade a eu une bronchite tenace avec légère hémoptysie. Il raconte encore que, l'an dernier, il fut repris de sa bronchite avec hémoptysie plus

sévère, expectoration plus abondante, sueurs nocturnes et amaigrissement de 10 kilogrammes. Après trois mois de maladie, il se remit et revint à son poids antérieur, mais la toux n'a jamais complètement cessé.

Le *diagnostic* de ce cas ne présente aucune difficulté et peut se formuler ainsi : adénites cervicalès tuberculeuses en voie de ramollissement chez un sujet résistant atteint de tuberculose pulmonaire commençante au sommet droit et paraissant avoir présenté deux poussées subaiguës antérieures.

Tel est le cas difficile dont nous avons eu à instituer le traitement. Il va me servir d'occasion pour vous parler de celui que l'on doit appliquer aux adénites tuberculeuses en général, à leurs diverses formes et à leurs accidents, et vous pourrez ensuite constater par vous-mêmes les effets de ce traitement sur la variété d'adénites dont notre malade est atteint.

III

Quand le praticien aborde le traitement d'adénites tuberculeuses, quel que soit leur siège, il doit se pénétrer des sept commandements suivants :

1° Le traitement doit être concurremment général et local ;

2° Le traitement local comprend non seulement celui des adénites, mais encore celui des portes d'entrée de la tuberculose ganglionnaire, quand on les trouve, et celui des foyers voisins dont l'infection peut retentir sur les ganglions atteints ;

3° Beaucoup d'adénites sont susceptibles de se résorber sous l'influence d'un traitement général bien conduit et d'un

[redacted]



traitement local simplement résolutif, c'est-à-dire n'exigeant aucune intervention manuelle;

4° Quand les adénites tuberculeuses ne se résolvent pas et se ramollissent, on peut encore les guérir sans opération chirurgicale proprement dite;

5° Le médecin doit prévenir le malade que l'intervention chirurgicale sanglante ne le met pas à l'abri des récidives, qu'elle l'expose à des semis tuberculeux en d'autres organes, et qu'elle mutile toujours. D'après M. Calot, elle est même capable de provoquer des récidives;

6° Le but du praticien doit être de guérir sans laisser de traces;

7° Le traitement général est univoque pour tous les cas, sauf modifications dues à l'individualité des sujets ou à l'existence des lésions tuberculeuses dans d'autres organes, le poumon par exemple, comme c'est le cas chez notre malade. Le traitement local varie suivant le caractère des adénites tuberculeuses.

## IV

Le *traitement général* comporte des règles d'hygiène et d'alimentation, des actions médicamenteuses, et des cures climatériques et hydro-minérales.

1° L'*hygiène* sera celle des prédisposés à la tuberculose et des tuberculeux eux-mêmes. Eviter tout surmenage, même toute fatigue; réduire au minimum les dépenses organiques, musculaires et intellectuelles; vivre le plus possible au grand air tout en y gardant le repos; établir pendant la nuit l'accès de l'air extérieur dans la chambre à coucher en laissant la fenêtre entr'ouverte derrière les rideaux fermés, telles sont les prescriptions fondamentales.

2° L'*alimentation* sera variée et calculée de façon à ac-

sévère, expectoration plus abondante, sueurs nocturnes et amaigrissement de 10 kilogrammes. Après trois mois de maladie, il se remit et revint à son poids antérieur, mais la toux n'a jamais complètement cessé.

Le *diagnostic* de ce cas ne présente aucune difficulté et peut se formuler ainsi : adénites cervicalès tuberculeuses en voie de ramollissement chez un sujet résistant atteint de tuberculose pulmonaire commençante au sommet droit et paraissant avoir présenté deux poussées subaiguës antérieures.

Tel est le cas difficile dont nous avons eu à instituer le traitement. Il va me servir d'occasion pour vous parler de celui que l'on doit appliquer aux adénites tuberculeuses en général, à leurs diverses formes et à leurs accidents, et vous pourrez ensuite constater par vous-mêmes les effets de ce traitement sur la variété d'adénites dont notre malade est atteint.

## III

Quand le praticien aborde le traitement d'adénites tuberculeuses, quel que soit leur siège, il doit se pénétrer des sept commandements suivants :

1° Le traitement doit être concurremment général et local ;

2° Le traitement local comprend non seulement celui des adénites, mais encore celui des portes d'entrée de la tuberculose ganglionnaire, quand on les trouve, et celui des foyers voisins dont l'infection peut retentir sur les ganglions atteints ;

3° Beaucoup d'adénites sont susceptibles de se résorber sous l'influence d'un traitement général bien conduit et d'un

traitement local simplement résolutif, c'est-à-dire n'exigeant aucune intervention manuelle;

4° Quand les adénites tuberculeuses ne se résolvent pas et se ramollissent, on peut encore les guérir sans opération chirurgicale proprement dite;

5° Le médecin doit prévenir le malade que l'intervention chirurgicale sanglante ne le met pas à l'abri des récidives, qu'elle l'expose à des semis tuberculeux en d'autres organes, et qu'elle mutile toujours. D'après M. Calot, elle est même capable de provoquer des récidives;

6° Le but du praticien doit être de guérir sans laisser de traces;

7° Le traitement général est univoque pour tous les cas, sauf modifications dues à l'individualité des sujets ou à l'existence des lésions tuberculeuses dans d'autres organes, le poumon par exemple, comme c'est le cas chez notre malade. Le traitement local varie suivant le caractère des adénites tuberculeuses.

IV

Le *traitement général* comporte des règles d'hygiène et d'alimentation, des actions médicamenteuses, et des cures climatériques et hydro-minérales.

1° L'*hygiène* sera celle des prédisposés à la tuberculose et des tuberculeux eux-mêmes. Eviter tout surmenage, même toute fatigue; réduire au minimum les dépenses organiques, musculaires et intellectuelles; vivre le plus possible au grand air tout en y gardant le repos; établir pendant la nuit l'accès de l'air extérieur dans la chambre à coucher en laissant la fenêtre entr'ouverte derrière les rideaux fermés, telles sont les prescriptions fondamentales.

2° L'*alimentation* sera variée et calculée de façon à ac-

croître les réserves organiques et à reminéraliser les organismes qui sont toujours en instance d'oxydation exagérée et de déminéralisation. Pas de suralimentation qui finit toujours par créer un état dyspeptique ou aggraver une dyspepsie antérieure.

Au déjeuner du matin, une assiettée de soupe au lait ou au bouillon, avec des légumes farineux, des pâtes alimentaires, du pain grillé et un œuf poché.

A midi, on fera un choix parmi les aliments suivants : pâtes alimentaires cuites à l'eau et au sel et additionnées à table même de beurre frais et de fromage de gruyère râpé, pommes de terre en robe de chambre servies avec du beurre et du sel, œufs à la coque peu cuits, purées de farineux (pois cassés, fèves, haricots rouges ou blancs, lentilles, etc.) cuits à l'eau salée et auxquels on ajoute aussi, en les servant, du beurre frais, viandes de boucherie grillées ou rôties, très cuites, volailles toujours rôties, cervelles et ris de veau, poissons légers (sole, merlan, barbue, turbot, etc.) au court bouillon, avec sauce hollandaise, maître d'hôtel, ou beurre frais, crèmes cuites, crèmes renversées, œufs à la neige, gâteaux de riz, soufflés, fromage à la crème ou gruyère, fruits cuits, compotes ou confitures.

Au dîner, faire un autre choix parmi les mêmes aliments mais commencer le repas par un potage avec du bouillon du pot-au-feu du jour (bœuf et légumes variés) ou un potage à la crème, ou encore une soupe au lait avec des pâtes alimentaires ou des légumes farineux.

A chacun des deux principaux repas, on superposera à l'alimentation, un aliment gélatineux (tête de veau, pieds de mouton ou de porc, gelée de viande, gelée de fruits, bavaroises aux fruits, entremets à la gelée, etc.)

Comme boisson, vin rouge dépouillé t non acide, coupé

d'eau ordinaire ou d'une eau minérale calcique (Pougues, Alet, etc.), ou bière légère remontée avec un peu de bière de malt.

3° *Traitement médicamenteux.* — Prescrivez l'*huile de foie de morue*, mais pendant la saison froide seulement et à la condition que le malade la tolère. Dans ce cas, deux à quatre cuillerées à soupe, au plus, suffiront, la prise longtemps prolongée de l'huile de foie de morue devant être recherchée bien plus que l'élévation de la dose. On se trouvera bien de superposer l'action de l'iode à celui de l'huile, en ajoutant à la dose quotidienne de celle-ci, une goutte de *teinture d'iode.* Pendant l'époque des chaleurs ou en cas d'intolérance, on abandonne l'huile de foie de morue pour le *sirop iodo-tannique phosphaté*, dont voici la formule :

| | |
|---|---|
| Phosphate de soude.............. | 6 gr. 80 |
| Acide tannique.................... | 5 » 04 |
| Iode métallique................... | 2 » 52 |
| Sirop de sucre.................... | 1 litre |

*F. s. a.* Sirop.

En même temps, ordonnez les *arsenicaux.* Si les fonctions gastriques sont satisfaisantes, ils seront pris par la voie buccale. Dans le cas contraire, mieux vaut recourir aux injections hypodermiques profondes de *cacodylate de soude*, à la dose de 5 centigrammes :

| | |
|---|---|
| Cacodylate de soude.............. | 5 gr. |
| Eau distillée...................... | 100 » |

Dissolvez.

Un centimètre cube de cette solution contient 5 centigrammes du principe actif.

On fera une injection quotidienne pendant huit jours; on cessera huit jours et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait pratiqué ainsi vingt-quatre injections, après quoi on suspendra pendant deux mois pour recommencer la série.

Si les malades supportent mal les injections hypodermiques, recourir aux injections rectales de *liqueur de Fowler*, suivant le procédé de J. RENAUT :

| | |
|---|---|
| Liqueur de Fowler | 6 gr. |
| Eau distillée | 94 » |

*M. s. a.*

Injecter chaque jour, dans le rectum, une cuillerée à café de ce mélange, en procédant par séries de huit jours, avec intervalles de huit jours, comme pour les injections hypodermiques précédentes.

Notre malade supportant bien l'administration de l'arsenic par la voie stomacale, nous lui avons prescrit les pilules ci-dessous.

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux | 1 milligr. |
| Bichlorhydrate de quinine | 0 gr. 05 |
| Poudre de noix vomique | 0 » 01 |
| Extrait mou de quinquina | 0 » 10 |

Pour une pilule, dont on prendra jusqu'à quatre par jour au moment des repas, pendant quinze jours. On cessera ensuite pendant dix jours, pour reprendre pendant quinze jours et ainsi de suite.

Si l'acide arsénieux n'était pas toléré, recourir à la *liqueur de Fowler* associée à la *teinture de Mars tartarisée.*

| | |
|---|---|
| Liqueur de Fowler | 8 gr. |
| Teinture de Mars tartarisée | 2 » |

*M. s. a.*

Donner V gouttes deux fois par jour, au moment des repas.

Certains estomacs ne supportent les arsenicaux qu'associés aux amers. Dans ce cas, formuler :

| | |
|---|---|
| Liqueur de Fowler | 5 gr. |
| Teinture de Rhubarbe | 2 » |

*M. s. a.*

Prendre de III à IV gouttes, trois fois par jour. Ne pas dépasser XV gouttes en vingt-quatre heures.

Enfin, pour remédier à la déminéralisation organique, donner à la fin des repas une des poudres suivantes délayées dans un peu d'eau ou en cachet :

| | | |
|---|---|---|
| Carbonate de magnésie | 0 gr. | 10 |
| Carbonate de chaux précipité | 0 » | 25 |
| Phosphate tribasique de chaux | 0 » | 25 |
| Fluorure de calcium | 0 » | 01 |
| Sucre blanc | 1 » | |

Mêlez exactement.

V

Les *traitements climatériques et hydro-minéraux* dont l'importance est extrême, ne sont malheureusement pas accessibles à tous les malades, parce qu'il faut disposer du temps et des ressources nécessaires pour les suivre.

Mais toutes les fois que la chose sera possible, on enverra les malades faire un long séjour au bord de la mer, sur la côte Boulonnaise, à Berck-sur-Mer, par exemple, dont le climat particulièrement stimulant convient admirablement aux adénites tuberculeuses, à la condition que les poumons soient indemnes. Ce climat serait néfaste chez notre malade dont le poumon droit est déjà touché; aussi son cas se réclamerait-il d'une station sédative, du type d'*Arcachon* et d'*Hendaye*.

On a fait au climat marin et même aux stations peu excitantes, comme les précédentes, la grave objection d'exposer les malades atteints d'adénites tuberculeuses à des poussées nouvelles, à la suppuration des adénites volumineuses, à des réveils de processus tuberculeux latents comme encore à l'éclosion de généralisations tuberculeuses et particulièrement de méningites.

Non seulement j'ai partagé cette manière de voir, mais je l'ai même énergiquement soutenue lorsque la *Société d'études scientifiques sur la tuberculose* s'est occupée du traite-

ment des adénites. Mais des observations faites pendant un long séjour à Berck-sur-Mer, au cours de cette année, ont modifié ma conviction.

En effet, en ce qui concerne les méningites, elles se développent surtout chez des sujets ayant subi une intervention chirurgicale ou en puissance de tuberculose pulmonaire, pleurale ou péritonéale. Jamais, ou presque jamais, on ne les observe dans d'autres conditions, même quand les adénites sont douloureuses, ou volumineuses, ou quand elles tendent au ramollissement. La seule contre-indication absolue au climat marin, en dehors des cas spécifiés plus haut, c'est, comme l'a justement fait remarquer M. H. Barbier, l'existence de douleurs diffuses, mal caractérisées, dans les membres inférieurs, se rapprochant du syndrome jadis décrit par Beau sous le nom de *mélalgie*, car ce signe précède quelquefois l'éclosion de la méningite tuberculeuse (1).

Les malades resteront à Berck-sur-Mer ou dans telle autre station similaire, du commencement de juillet à la fin d'octobre. Ceux que n'effraie pas le vent et qui ne sont pas excitables pourront même y passer l'automne et une partie de l'hiver, sinon ils se rendront sur les bords de la Rivièra à la fin de mars ou on les dirigera sur Hendaye ou sur Biarritz et ses environs. Là, outre qu'ils jouiront d'un climat marin éminemment tonique, ils tireront grand bénéfice d'une cure douce et bien dirigée aux bains d'eaux chlorurées-sodiques fortes de Briscous. Ces bains activent la circulation cutanée et stimulent réflexement les centres nerveux régulateurs de la nutrition, et leur action résolutive est parfois remar-

(1) H. Barbier. *Bulletin mensuel de la Société d'Études scientifiques sur la tuberculose*, séance du 13 juin 1908. M. H. Barbier pense que cette mélalgie est peut être due à la formation de granulations tuberculeuses pie-mériennes au niveau des racines médullaires.

quable. Ils seront pris par périodes de trois jours, suivis d'un jour de repos, à 4 p. 100 de concentration, soit 4 litres d'eau minérale pour 96 litres d'eau ordinaire. On pourra monter progressivement à 6,8 et 12 litres, ce qui constituera le taux maximum. Pour diminuer l'action quelquefois trop excitante des bains, on pourra soit les additionner d'un à deux litres d'eau-mère qui est très chargée de chlorure de magnésium dont les effets sont sédatifs, soit faire dissoudre dans les bains de 100 à 500 grammes de gélatine.

Le séjour à Biarritz se prolongerait jusqu'au 1er mai. Rentrant chez lui aux environs de cette date, le malade en repartirait un mois et demi après pour *la Bourboule*, ou il ferait une cure arsenicale d'une vingtaine de jours de durée, et comprenant boissons et bains. Sous l'influence de cette cure, il se produit un accroissement de l'appétit, un réveil des forces et de l'énergie vitale, qui contribuent beaucoup à la résolution des adénites.

Ce traitement hydro-minéral et climatérique, seuls les privilégiés de la fortune sont en mesure de le suivre dans toute son étendue. La population ouvrière de Paris a l'avantage des magnifiques établissements marins de l'Assistance publique à Berck-sur-Mer et à Hendaye. Pour les malades de classe modeste, on peut aussi les envoyer à Berck-sur-Mer où il existe des hôpitaux payants à très bon marché, et les faire bénéficier, à leur retour, d'une sorte de cure hydro-minérale qui peut donner des effets résolutifs, à l'aide d'applications locales de la solution saline forte dont M. H. Barbier a donné la formule.

| | |
|---|---|
| Chlorure de calcium ................ | 300 gr. |
| — de sodium ................ | āā 15 » |
| — de potasse ................ | |
| — de magnésie ................ | |
| Eau ................................ | 1 litre |

Dissolvez.

Avec cette solution sirupeuse, on imbibe des compresses que l'on applique le soir sur les adénites, et que l'on maintient en place toute la nuit. M. H. Barbier fait observer que cette solution pouvant être irritante pour la peau, il ne faut faire ces applications que d'un côté du cou et surveiller les réactions qui pourraient se produire. A défaut de cette préparation, on peut employer les Eaux-mères de *Salins-du-Jura* qui sont riches en chlorure de calcium.

(*A suivre.*)

---

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1908

Présidence de M. Patein.

### Communications.

(*Suite et fin.*)

### III. *Sur le poids de philothion contenu chez l'homme adulte,*

par J. de Rey-Pailhade,
Correspondant national.

Le soufre est très employé en thérapeutique, soit à l'état libre, soit sous forme d'eaux sulfurées. J'ai montré dans des communications précédentes qu'il agit sur le *philothion* en produisant $H^2S$.

Il est intéressant et utile pour le praticien de connaître le poids de philothion contenu chez l'homme, c'est-à-dire le poids de la matière vivante qui entre en combinaison avec le soufre.

Le philothion est de l'albumine soluble dans l'eau pure et froide, ayant dans sa constitution moléculaire des chaînes libres-SH — 4 par molécule très vraisemblablement —; l'hydrogène de ces chaînes est l'hydrogène philothionique doué de propriétés réductrices, plusieurs fois mentionnées ici.

En interprétant convenablement les résultats des nombreuses recherches sur le philothion, on parvient à calculer le poids de ce composé à l'aide de deux méthodes qui se contrôlent et aboutissent à peu près au même chiffre. Les détails du calcul seront donnés dans un recueil de chimie. Voici les résultats principaux :

Le muscle strié contient 3, 5 p. 100 environ de philothion calculé à l'état sec, ce qui correspond à 11 gr. 7 de philothion à l'état de tissu frais pour 100 grammes de foie ou de muscle strié.

Le poids total du philothion frais chez l'homme adulte est de 2 kgr. 9. C'est un poids relativement considérable.

L'hydrogène philothionique pèse 0 gr. 550 ; et enfin le poids du soufre philothionique des chaînes S H est de 17 gr. 5.

La médication par le soufre agit spécialement sur l'hydrogène philothionique, qu'elle enlève à la molécule de l'albumine. L'équilibre de l'édifice étant détruit, la cellule travaille pour le rétablir, et comme cette opération se reproduit plusieurs fois, il y a une véritable gymnastique chimique, qui augmente la vitalité de l'élément histologique. L'usage du soufre libre ou des eaux sulfurées produisant $H^2S$, l'organisme trouve un élément très apte à réparer les chaînes SH qui paraissent détruites dans les cas de cystinurie.

En résumé, il y a chez l'homme adulte 2 kgr. 9 de philothion à l'état de tissus frais, 0 kgr. 875 de philothion calculé sec ; 0 gr. 550 d'hydrogène philothionique et 17 gr. 500 de soufre philothionique.

Ces résultats peuvent s'exprimer sous la forme suivante, commode pour certains calculs.

On trouve chez l'homme pour 100 parties de poids total à l'état de vie :

4 gr. 5 de philothion à l'état de tissu frais ;

1 gr. 35 de philothion sec ;

0 gr. 00085 d'hydrogène philothionique ;

0 gr. 027 de soufre philothionique.

Il est vraiment intéressant de remarquer que l'hydrogène philothionique, qui ne représente pas 1/100 000e du poids total,

remplit, à n'en pas douter, un rôle important dans les processus vitaux.

## Lecture.

*Les petites doses en thérapeutique thyroïdienne,*

par MM. LÉOPOLD-LÉVI et H. DE ROTHSCHILD.

La thérapeutique à *petites doses*, qui sera peut-être, suivant le mot de M. Huchard (1), la thérapeutique de demain, trouve son application en thyroïdothérapie.

L'emploi depuis près de 4 ans, chez un millier de sujets, de la médication thyroïdienne, nous permet d'en préciser les conditions, et nous pensons épargner des tâtonnements et des surprises à nos confrères en fixant quelques règles de pratique.

Par petites doses nous entendons un à deux cachets de 0 gr. 025 de poudre totale desséchée, chaque cachet correspondant à 0 gr. 125 environ de glande fraîche.

Il faut employer ces petites doses :

1° *Au début de la médication*, ne serait-ce que quelques jours. L'expérience nous a montré, en effet, qu'au début de la médication, on peut voir survenir, en utilisant des doses moyennes, toute une série de petits troubles qui pourraient détourner médecin et malade d'une médication d'ailleurs fort utile. En voici un exemple.

M. le Pr Gaucher nous a adressé à l'hospice d'Ivry, alors que l'un de nous avait l'honneur d'y remplacer le Dr Souques, en septembre dernier, une jeune femme de 22 ans, atteinte de rhumatisme chronique à type noueux. Elle est soumise à la médication thyroïdienne (un cachet de 0 gr. 10 de poudre totale pendant trois jours, puis deux par jour pendant 4 jours).

Dès qu'elle prend 2 cachets par jour, elle ressent, une heure après leur ingestion, des chaleurs par tout le corps. Elle a l'im-

(1) HUCHARD : Six leçons cliniques sur les maladies du cœur, 1907. *Thérapeutique d'hier et de demain*, p. 173.

pression de se trouver dans un bain de vapeur. Dans la journée, elle a, à trois ou quatre reprises, des bouffées de chaleur et demande qu'on ouvre les fenêtres. La nuit, elle est baignée de transpiration surtout au visage. Elle ressent des battements de cœur quand elle se lève et même dans son lit. Elle a des vertiges, ne peut rester en place, a de la peine à s'endormir. La faim est diminuée. Il existe un état nauséeux, de la céphalée.

Ainsi, au début de la médication, des doses moyennes avaient produit des troubles marqués de thyroïdisme alimentaire. Il faut ajouter toutefois que simultanément le rhumatisme s'était amélioré.

La médication, suspendue trois jours, est reprise par cachets de 0 gr. 025. Après 10 cachets l'amélioration du rhumatisme s'accentue. Du malaise antérieur, il ne subsiste plus que quelques bouffées de chaleur. La malade supporte ultérieurement des cachets de 0 gr. 10 et 0 gr. 20 par jour.

Il existe donc une période qu'on peut appeler *période d'adaptation à la médication*, qui est loin de se rencontrer dans tous les cas. Mais il n'est pas non plus exceptionnel de voir survenir isolément, sous l'influence des premières doses, de la diarrhée, des transpirations, des chaleurs, de la céphalée, de l'amaigrissement, etc., tous phénomènes qui disparaissent d'ailleurs avec la cessation du traitement et sont l'indice en général que la médication sera active. Pour éviter ces incidents, il est bon de donner des cachets de poudre thyroïdienne de 0 gr. 025 pendant 2 jours, puis alternativement 0 gr. 25 — 0 gr. 05 pendant deux jours.

Dans certains cas favorables, dès l'ingestion des petites doses, le traitement, pierre de touche, fournira quelques premiers résultats. La conduite variera ensuite suivant les cas.

2° Dans un certains nombre de circonstances, les petites doses ne doivent pas seulement être des doses *initiales*. Elles représentent, au contraire, le traitement usuel d'un grand nombre d'états thyroïdiens, dans lesquels existe, à titre plus ou moins

prédominant, l'hyperthyroïdie, en particulier le nervosisme hyperthyroïdien.

Les petites doses conviennent au *nervosisme* soit banal, soit réalisant un type plus ou moins dégradé de Basedow fruste, quel que soit l'âge auquel on le rencontre.

Elles conviennent à des accidents nerveux plus individualisés, tels que *l'affolement bulbaire*, à certaine psychonévrose, telle que la *psychasthénie*.

Elles produisent l'amélioration de syndromes à participation nerveuse plus ou moins accentuée, groupés sous l'étiquette générale du neuro-arthritisme. Il en est ainsi de certaines *migraines*, de certains *rhumatismes chroniques*.

Dans ces diverses manifestations, des doses, même moyennes, de produit thyroïdien peuvent déterminer soit des troubles variés de thyroïdisme alimentaire, soit l'exagération même des phénomènes qu'améliorent de petites doses.

Par contre, pour que celles-ci agissent dans les groupes morbides signalés, il faut, de toute nécessité, que le nervosisme soit lié à des troubles d'insuffisance thyroïdienne, réalisant le syndrome de l'instabilité thyroïdienne.

Dans tous ces complexus, c'est l'élément hyperthyroïdien, partie constituante du syndrome traité, qui règle la dose à prescrire. *Aussi convient-il de bien connaître, en fonction thyroïdienne, le tempérament de son malade.*

3° Les petites doses trouvent une nouvelle indication, à titre de doses de retour, *d'entretien*, chez des sujets améliorés dans l'ensemble de leur tempérament par la poudre thyroïdienne et qui ne peuvent s'en passer. Les malades arrivent parfois eux-mêmes à connaître la dose qui leur est utile. C'est à propos du rhumatisme chronique, qui nécessite en général un traitement prolongé, que la question se pose encore.

S'il est vrai que certain rhumatisant a pu, depuis 15 mois, ingérer pendant des séries de 10 jours des cachets de 0 gr. 10 sans le moindre inconvénient et avec une amélioration progressive, chez d'autres l'emploi continu produit certain trouble,

tel la diarrhée. Le retour aux petites doses se conçoit d'autant mieux que les progrès sont susceptibles de continuer, après une suspension parfois très longue de la médication. En cas de besoin, rien n'empêche d'ailleurs la reprise de doses plus fortes.

*Fait paradoxal*, l'application du traitement à petites doses peut produire des effets que n'ont pas déterminé des doses moyennes et fortes. C'est ainsi qu'un rhumatisant chronique de 62 ans, atteint de calvitie, assiste à une poussée d'hypertrichose (cuir chevelu, sourcils, système pileux des membres) dès les premiers cachets de 0 gr. 025 dont il prend de 1 à 3 par semaine, alors que 1, 2, 3, 4, 5 cachets de 0 gr. 10 par jour n'avaient antérieurement déterminé aucun effet de cet ordre.

Voici donc les bons effets des petites doses. S'ils étaient toujours réalisés, il n'y aurait pas lieu de dépasser celles-ci.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Un rhumatisant chronique est mis au traitement pendant quelques jours, sans résultat. Le médecin abandonne la médication. Nous le soumettons aux cachets de 0 gr. 10 et il se trouve fort bien. Ultérieurement, un confrère lui prescrit des capsules de 0 gr. 10 de glande fraîche. 60 capsules ne l'améliorent pas. A nouveau, nous le remettons aux cachets de 0 gr. 10 de poudre, équivalant à 5 fois leur poids de glande fraîche. Il est de nouveau transformé.

En pratique, après avoir commencé par les petites doses on s'y maintiendra, ou on augmentera, en cherchant la dose la meilleure. Celle-ci obtenue, on s'y tiendra, quitte à baisser ultérieurement. Il y a donc à faire varier les doses en plus ou en moins.

4° Mais il est un ordre de faits différents. Parfois la médication à petites doses ne produit aucun effet. On augmente, même résultat. On augmente : aucune réaction ou bien l'on a frisé l'intoxication thyroïdienne. Plutôt que de passer outre, nous conseillons, lorsqu'il s'agit de maladies d'origine fréquemment thyroïdienne, de revenir aux petites doses (0 gr. 025 *pro die*). Elles ne détermineront pas de troubles. Parfois se produira-t-il, comme chez

un de nos sujets, rhumatisant de 67 ans, une amélioration au bout de trois mois, qui continue depuis lors.

La tyroïdine n'agit plus alors d'une façon spécifique, mais à titre médicamenteux.

Dans ces diverses conditions, l'emploi des petites doses ne nécessite pas une surveillance aussi sévère qu'à doses plus fortes. Il faut toutefois être attentif au début de la médication qui peut encore, suivant les états préalables, exiger certains symptômes préexistants.

Comment *interpréter* l'action des petites doses? On sait que les glandes endocrines suffisent aux besoins de l'organisme, même lorsque leur volume est extrêmement réduit. Il n'est donc pas surprenant que l'introduction dans l'organisme de petites doses d'une glande puisse suffire aux nécessités de son fonctionnement, et l'on conçoit qu'il puisse y avoir parallélisme entre la quantité ingérée et les résultats.

Aussi bien la question difficile à résoudre est-elle différente. Elle se présente ainsi : Pourquoi certaines doses faibles sont-elles utiles alors que des doses plus fortes seraient nuisibles?

La solution de ce problème nous paraît résider dans la notion de l'instabilité thyroïdienne que les faits de clinique thérapeutique nous ont conduits à établir (1). Par instabilité thyroïdienne nous admettons l'existence de symptômes d'hyperthyroïdie non seulement associée à une hypothyroïdie sous-jacente, mais se manifestant à titre de réaction, par tendance outrée de l'organisme à rétablir son fonctionnement troublé.

Dans ce cas, le traitement à petites doses rétablit l'équilibre, alors que le traitement à doses plus fortes le fausserait davantage. Et ceci est vrai en particulier dans la période de début. La glande fixée dans un fonctionnement instable peut avoir tout d'abord son instabilité augmentée.

Quoi qu'il en soit de cette interprétation générale à laquelle

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Corps thyroïde et neuro-arthritisme. *C. R. Soc. de Biologie*, 19 janvier 1907, LXII, p. 75.

nous tenons beaucoup moins — est-il utile de le dire — qu'aux faits eux-mêmes, l'observation clinique nous a permis de noter dans l'action du traitement thyroïdien, même à petites doses, un certain nombre de remarques, les unes déjà développées, d'autres qui le seront ultérieurement et qu'on peut résumer ainsi : la quasi-instantanéité du traitement (pierre de touche) (1), l'inversion des effets produits suivant les doses (2), la subordination des effets médicamenteux aux états préalables, — ce qui produit une dissociation dans les résultats observés — le paradoxe des actions médicamenteuses différentes suivant les doses.

A ce propos, on peut dire avec Fernandez de Ybarra (3) :

« L'augmentation de la dose d'un médicament n'est presque jamais en rapport avec l'augmentation correspondante de l'effet de ce médicament. »

## DISCUSSIONS

M. CATILLON. — Est-ce que le traitement thyroïdien dont nous entretient M. Lévi n'a été essayé par lui que dans les rhumatismes?

M. LÉOPOLD-LÉVI. — Les cas auxquels conviennent les *petites doses* de corps thyroïde, y compris ceux de rhumatisme chronique, comportent essentiellement un élément nerveux prédominant.

En ce qui concerne les nerveux simples, il s'agit souvent d'enfants sans appétit, dont la croissance est languissante et qui sont agités, ne peuvent rester en place, dorment mal la nuit, ont des cauchemars, etc.

---

(1) LÉOPOLD-LÉVI et H. DE ROTHSCHILD. Traitement thyroïdien (pierre de touche) *C. R. Soc. de Biologie*, 5 juin 1908, LXIV, p. 932.

(2) LÉOPOLD-LÉVI et H. DE ROTHSCHILD. Nervosisme hyperthyroïdien. In *Etudes sur la physiopathologie du corps thyroide*, 1908, Doin, p. 222.

(3) FERNANDEZ DE YBARRA. Les doses considérées en tant que facteur variable en thérapeutique. *Presse médicale*, n° 8, 29 oct. 1904, p. 691.

D'autres sont des sujets qui, sans réaliser le syndrome de Basedow dans sa totalité, ont d'une façon continue, ou sous l'influence d'émotions, des battements de cœur, des tremblements, des chaleurs, de la suffocation, des angoisses, etc.

On trouvera l'histoire de ces cas dans leur rapport avec l'instabilité thyroïdienne dans notre travail sur le nervosisme thyroïdien (1).

On y lira de même les cas d'hyperthyroïdie cardiobulbaire (affolement bulbaire) améliorés par la médication (2). L'un de nos sujets, qui se trouvait bien de deux cachets de 0 gr. 025, avait des troubles exagérés par trois de ces cachets.

Quant aux cas de psychasthénie, l'un a été publié à la Société de neurologie (3), l'autre au Congrès de Dijon (4).

Pour les migraines, bien que des doses de 0 gr. 10 et 0 gr. 20 puissent être favorables, comme nous l'avons indiqué dans notre premier travail (5), parfois inversement, dans la forme particulièrement nerveuse de la migraine (6), les accès peuvent être plutôt augmentés par les doses moyennes.

C'est ce que nous avons vu également se produire pour un cas de rhumatisme chronique chez un sujet très nerveux. Ancien marin, âgé de 34 ans, complètement alité depuis dix-huit mois, il était venu à la Policlinique H. de Rothschild pour subir le redressement orthopédique de ses jambes qui se trouvent en flexion forcée. Il fut soumis en même temps au traitement thyroïdien. Les doses amenées à 0 gr. 10 produisirent un effet incertain, des crises rhumatismales se répétèrent. On dut

---

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. *Etudes sur la physiopathologie des corps thyroïdes et de l'hypophyse*. Doin, 1908, p. 188.

(2) *Id.*, p. 222.

(3) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Cf. même ouvrage, p. 62.

(4) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. *Revue d'hygiène et de médecine infantile*.

(5) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Migraine thyroïdienne. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. hôpit.*, mai 1907.

(6) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. *Etudes sur la physiopathologie du corps tyroïde*, p. 276.

souvent les suspendre. Finalement des doses de 0 gr. 025 l'améliorèrent au point qu'il peut travailler toute la journée à la mairie d'Auray et dans un bureau de recette.

Pour finir, qu'il nous soit permis d'appuyer de notre faible autorité les remarques de M. Chevalier. On trouve dans le commerce, sous la même dose de 0 gr. 10, des capsules qui correspondent à 0 gr. 10 de glande fraîche, des cachets qui correspondent à 0 gr. 50. Il y a intérêt à uniformiser la valeur active des préparations thyroïdiennes.

M. Burlureaux. — Etant donné que l'opothérapie est certainement la thérapeutique de l'avenir, il m'apparaît indispensable de s'entendre exactement sur le mode de préparation de ces extraits organiques, de leur donner un état civil. M. Lévi nous dit que l'activité d'extrait thyroïdien peut varier de 1 à 5, suivant les diverses préparations qu'on trouve dans le commerce! Mais la communication de M. Lévi est intéressante à un autre point de vue encore : Elle démontre que les lois de Thérapeutique générale qui régissent l'emploi de tous les médicaments sérieux s'appliquent aussi aux agents de la médication opothérapique. Or, une de ces lois est que la dose d'un médicament doit varier d'un malade à un autre. Il n'est donc pas étonnant que parfois les petites doses soient les doses vraiment utiles et que par contre une dose dite classique, telle que celle de 0 gr. 10, soit une dose trop élevée, c'est-à-dire une dose toxique.

M. Léopold-Lévi. — Mieux que tout autre médicament, le corps thyroïde, par son action sur la glande thyroïde du sujet, permet de noter les variations en plus et en moins de son activité. Il suffit de bien connaître les signes de l'hypothyroïdie, de l'hyperthyroïdie, pour comprendre comment, suivant les cas, la médication rétablit ou contribue à fausser davantage l'équilibre thyroïdien.

M. Vigier. — Il y a certainement une dose physiologique. Il y a une quinzaine d'années, j'ai administré à une malade du service de M. Chauffard l'extrait de corps thyroïde contre l'obésité. Eh bien! elle n'a jamais pu supporter 0 gr. 05 de pulpe

fraîche de corps thyroïde, lorsque d'autres malades en prenaient sans inconvénients 0 gr. 20 et 0 gr. 30. Il y a donc une dose physiologique individuelle, les mêmes effets sont obtenus chez les différents sujets à des doses très différentes.

M. Léopold-Lévi. — Je ne désire insister que sur une des questions soulevées par M. Vigier. Il s'agit de l'obésité. Dans une communication récente à la *Société médicale des hôpitaux* (1), nous avons montré, H. de Rothschild et moi, que si, théoriquement, il existe une obésité thyroïdienne, pratiquement, le corps thyroïde doit être rejeté en général du traitement des obèses. A doses excessives, il peut déterminer des accidents basedowiens (dont l'amaigrissement n'est qu'un équivalent, mais qu'on ne peut obtenir isolément). A doses moyennes ou faibles, le traitement est inutile ou peut aller contre le but.

---

# CARNET DU PRATICIEN

## Traitement de la goutte.

(A. Robin.)

1° L'attaque de goutte.

Quand survient un accès de goutte, il faut observer le repos; appliquer sur les articulations douloureuses des compresses trempées dans la *solution saturée de borax*, recouvertes de taffetas gommé, qu'on renouvellera toutes les heures. (La solution saturée de borax s'obtient en faisant dissoudre à chaud, dans une casserole, parties égales de borax et d'eau; par refroidissement il se forme un précipité ténu, une sorte de pâte, avec laquelle on imbibe les compresses.) Mettre à la diète et faire usage de la *teinture composée de fleurs de colchique* ci-après :

(1) Léopold-Lévi et H. de Rothschild. Corps thyroïde et poids corporel, Obésité thyroïdienne. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25e année, n° 32, 5 août 1908, p. 429.

| | | |
|---|---|---|
| Alcoolature de fleurs de colchique........ | 40 | gr. |
| Teinture de fraxinus ornus............... | 14 | » |
| — de digitale...................... | 12 | » |
| — de quinine...................... | 8 | » |
| — de belladone,................... | 6 | » |
| — de glycyrrizine.................. | 20 | » |

Mêlez.

Cette préparation est spécialisée sous le nom de *curative.*

S'il s'agit d'un *grand accès de goutte*, prendre CL *gouttes* de *curative* dans quatre cuillerées à soupe d'eau le matin, une cuillerée toutes les heures.

Le lendemain matin, si la douleur est moindre, on diminue de XX *gouttes* la dose, qui est toujours répartie dans quatre cuillerées à soupe d'eau. Et ainsi de suite en diminuant de XX gouttes tous les matins. S'il n'est pas survenu d'amélioration, on continue à la dose initiale de CL gouttes.

On cesserait la *curative* s'il survenait de la diarrhée.

2° CONTRE LES RÉSIDUS DE L'ACCÉS DE GOUTTE.

*a*) Prendre en 48 heures la potion :

| | | |
|---|---|---|
| Salicylate de soude.................... | 4 | gr |
| Sirop de fleurs d'oranger................ | 30 | » |
| Eau distillée de tilleul.................. | 120 | » |

*M. s. a.*

*b*) Si, au bout de cinq à six jours, il n'y a pas d'amélioration, prendre le matin à jeun et le soir vers 6 heures un cachet avec :

Sulfate de quinine..... .........., .... 0 gr. 30

Pour un cachet : F. 10.

*c*) En tout cas l'une et l'autre de ces médications ne devront pas être continuées pendant plus de huit jours.

On les remplacera alors par

Phosphate de soude...................... 32 gr.

Divisez en 32 paquets égaux.

Prendre pendant huit jours un paquet au réveil, avant déjeuner, avant dîner et en se couchant, dans un peu d'eau additionnée d'une trace d'eau de Seltz.

3° TRAITEMENT PRÉVENTIF DES ACCÈS.

*a*) Eviter toute fatigue, tout surmenage, mais fuir la sédentarité.

*b*) Frictions matinales avec *l'eau de Cologne*.

*Alimentation.* — Il faut éviter ou tout au moins restreindre au minimum les aliments suivants : ris de veau, cervelles, laitances, rognons, foie gras, foie de veau, tripes, gibier faisandé, aliments gélatineux et gelées de viandes, sauces, pieds de mouton et de porc, tête de veau, beurre, graisse, fritures, ragoûts, crustacés, les mets épicés, poissons gras (comme saumon et anguilles), légumes farineux, pâtes, pâtés, fromages fermentés, plats sucrés, entremets, bonbons, sucreries, chocolat, cacao, pâtisseries, alcools, champagne, liqueurs, bière, boissons gazeuses.

Se nourrir de potages maigres ; on peut prendre du bouillon frais du pot-au-feu sans os ni jarret de veau, avec les légumes; des viandes de volaille rôties, grillées ou bouillies, bien cuites, sans sauces; du poisson léger, simplement bouilli; des œufs à la coque; des légumes verts, des racines (carottes, navets, raves, crosnes, céleri-rave...) cuits à l'eau et au sel et additionnés à table d'un peu de beurre frais; des fruits cuits.

Eau de Vittel comme unique boisson.

*c*) Pendant *dix jours* prendre, cinq minutes avant les repas du midi et du soir, dans un peu d'eau, VIII gouttes de :

| | |
|---|---|
| Teinture de noix vomique............ | ââ 5 gr. |
| — de chardon bénit. ........ | |

Mêlez.

et au milieu de ces mêmes repas une des pilules :

| | |
|---|---|
| Acide arsénieux...................... | 0 gr. 001 |
| Iodure de potassium.................. | 0 » 05 |
| Poudre de rhubarbe................... | 0 » 05 |
| Extrait de douce amère............... | Q. S. |

*F. s. a.* une pilule : n° 20.

*d*) Les *dix jours suivants*, prendre avant déjeuner et dîner une cuillerée à soupe de :

| | | |
|---|---|---|
| Sidonal | 3 gr. | |
| Eau distillée | 300 » | |

Dissolvez.

*e)* Les *dix jours suivants* prendre avant les repas un des cachets :

| | |
|---|---|
| Benzoate de soude | ââ 0 gr. 50 |
| Phosphate de soude | |

Pour un cachet n° 20.
et en se couchant une tasse d'infusion de 2 grammes de *fleurs de Reine des Prés.*

*f)* Rester *quinze jours* sans rien faire. Se borner à prendre, en se couchant et au réveil, un verre *d'eau de Contrexéville.*

Puis, après ces quinze jours, recommencer les séries.

CH. A.

## REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

### Physiothérapie.

**La lumière bleue comme agent anesthésiant et thérapeutique,** par A. MAGGIONI-WINDERLING (*Gazz. d. Ospedali*, 1907, n° 143). — L'auteur conclut de son travail que la lumière bleue exerce d'une façon non douteuse une action dépressive et sédative sur le système nerveux. Dans les cas favorables, elle exerce une influence analgésique qui se traduit par l'absence de douleur pendant l'exécution de petites opérations chirurgicales dans le voisinage de la bouche et de la face.

Cette action peut s'expliquer soit par autosuggestion, soit par une action physico-chimique spécifique en rapport avec la longueur d'onde correspondant à cette lumière.

**Contribution à l'étude thérapeutique des métaux colloïdaux,** par E. PESCI (*R. Acc. di Med. di Torino*, 13 juiliet 1907). — L'auteur a employé le platine colloïdal préparé à l'aide d'un procédé

spécial du Dr RANDONE, de Genève, et stérilisé en solution renfermant 0,4 p. 100 de platine, par dose de 5 à 10 cc. rarement 15 cc. par injection intra-veineuse. Comme dose initiale, il conseille 5 cc., et 2 cc. seulement les jours suivants. Presque dans tous les cas, quelques minutes après l'injection, survient pendant 15 à 30 minutes de la cyanose, suivie d'hyperthermie qui dure deux heures, à laquelle succède une sueur profuse en même temps que la température diminue progressivement, jusqu'à devenir normale et se maintenir à cette température pendant vingt-quatre heures.

Les nouvelles poussées de température cèdent facilement à une nouvelle injection.

*Conclusions.* — Le platine colloïdal, obtenu par voie chimique à la concentration de 0,4 p. 100 et injecté par voie intraveineuse, provoque, dans le traitement des maladies infectieuses, un abaissement constant de la température, et même jusqu'à la normale six à dix heures après l'injection, accompagnée de leucocytose (de 9.000 à 19.000), d'azoturie, de phosphaturie, d'urines alcalines.

L'abaissement de la température dure de douze à trente heures, avec sensation de bien-être du malade qui se croit guéri. Un certain degré d'euphorie qui persiste les jours suivants s'observe même avec des températures élevées.

En répétant les injections, suivant les besoins, on peut, sinon juguler, du moins abréger le cours de l'infection.

Le platine colloïdal doit être employé par voie intraveineuse à la dose de 2 à 5 cc. en une fois tous les deux jours, et tous les jours quand la température a une tendance à trop monter. Les hautes doses sont préférables aux doses réfractées.

L'injection, quand elle est efficace, est régulièrement suivie de frisson et de réaction fébrile, plus tard de sueurs et d'apyrexie. Il paraît utile, pour atteindre l'apyrexie, d'augmenter la dose jusqu'à provoquer le frisson immédiatement.

Les meilleurs résultats sont obtenus quand on intervient dans les premiers jours de l'infection, quand les toxines n'ont pas encore eu le temps d'agir sur de nombreux éléments histolo-

giques. La voie intra-musculaire est moins dangereuse, mais moins efficace et exige de plus fortes doses.

Dans d'autres cas, l'auteur a employé l'électrargol à la dose de 60 cc. sans bénéfice appréciable, bien que 5 cc. de platine colloïdal correspondent à 2 centigrammes de métal, tandis que 60 cc. d'électrargol représentent seulement 0 gr. 01 et demi d'Ag colloïdal. Pourtant avec le platine, les résultats sont manifestes, même avec 2 cc.

**Sur l'emploi de petites doses de rayons X dans la thérapeutique.** — Dans la radiothérapie par les rayons Röntgen, qui a remplacé la photothérapie, domine la tendance à abaisser la dose, pour éviter les effets fâcheux des rayons X. La méthode primitive consistant à administrer la dose maxima susceptible d'être appliquée sans nuire au tissu normal, a été abandonnée à juste titre, d'après RIEDER (*Münch. med. Woch.*, n° 36, 1907), puisqu'on s'est aperçu que les rayons Röntgen peuvent exercer des actions curatives souvent avec des doses qui ne provoquent aucune réaction cutanée. L'emploi de hautes doses de rayons X, quoique non dangereuses pour la peau, n'est permis que pour le traitement des néoplasmes malins.

Dans les maladies du sang et du système lymphatique, où les rayons X rendent de bons services, spécialement dans la leucémie et la pseudo-leucémie, cette méthode de traitement doit être dosée suivant les individus. Dans la scrofule et la maladie de Basedow, des séances de radiothérapie de cinq minutes de durée, une à deux fois par semaine, suffisent pour obtenir des résultats thérapeutiques. Ce procédé s'est également montré efficace dans les névralgies du trijumeau et dans la sciatique. Dans les affections prostatiques, on peut faire agir les rayons Röntgen dans le rectum pendant une durée plus longue, parce que la muqueuse oppose une plus grande résistance au passage des rayons X.

Dans l'hypertrichose, la dose doit être assez forte pour produire une épilation temporaire, sans provoquer la moindre réaction possible. De même dans le sycosis simplex et parasitaire,

l'herpès tonsurant, le favus et, dans d'autres affections du système pileux, une épilation temporaire suffit pour permettre la destruction des champignons parasites,

Dans le traitement du cuir chevelu, les rayons solaires sont en général préférables en raison de leur action excitante sur la papille du poil.

Dans les eczémas circonscrits, chroniques, l'action des rayons Röntgen est favorable. Une à trois séances de cinq minutes à huit jours d'intervalles suffisent souvent à faire disparaître complètement l'eczéma. Même pour le psoriasis et le lichen ruber, on obtient de bons résultats par des séances hebdomadaires de radiothérapie de cinq minutes de durée.

Dans les formes ulcéreuses et verruqueuses du lupus vulgaire et du lupus érythémateux, de courtes séances de trois à cinq minutes répétées, à plusieurs jours d'intervalle, se sont montrées efficaces. La même méthode a été appliquée avec succès à l'acné tenace, aux chéloïdes, à la furonculose, au prurit et à la tuberculose ganglionnaire. Dans le traitement des cancers cutanés, la radiothérapie röntgénienne donne les meilleurs résultats au point de vue esthétique. Une irradiation énergique donne des résultats relativement bons, dans le traitement des néoplasmes profonds, l'application des rayons Röntgen est à recommander après une intervention chirurgicale sur des néoplasmes malins.

## Pédiatrie.

**Rachitisme et son traitement.** — La connaissance de l'importance de l'hérédité, de la suralimentation et de toutes les maladies préjudiciables à l'hématopoïèse normale, doit déterminer le traitement prophylactique et curatif du médecin.

D'après SIEGERT (*Deut. med. Woch.*, 1908, n° 12), la prophylaxie doit consister dans les prescriptions suivantes : espaces clairs ensoleillés, vêtement léger et hygiénique, protection contre les affections pulmonaires et intestinales, allaitement naturel. Pas

**de suralimentation, 5 à 6 repas au plus, pas trop d'aliments gras, pas de lait trop gras.**

**Dans le rachitisme, pendant la 2e année, ne jamais donner plus de 3/4 de litre de lait, très peu d'œufs, beaucoup de fruits, légumes, salade verte d'épinards, farines, plus de pains bis que de pain blanc, plus de marmelades que de beurre.**

**En présence d'hypertrophie des amygdales gênant la respiration occasionnant de la fièvre, des maladies d'oreilles, l'amygdalotomie est à conseiller. Les bains aromatiques, les bains de mer, de soleil, les massages, les frictions activent la circulation cutanée. Le fer stimule l'appétit et prévient les troubles dyspeptiques; il en est de même de l'orexine, et de la chlorhydropepsine.**

**La spasmophilie et les convulsions sont promptement enrayées par restriction de l'usage du lait et par le retour à l'alimentation naturelle.**

**Les convulsions cèdent facilement aux laxatifs, à la diète hydrique pendant 24 heures. Le chloral (0, 50 gr. par lavement), le bromure de potassium (0,2 — 0,30 toutes les 2 heures), suffisent pour faire cesser les convulsions.**

**Traitement des diarrhées du premier âge par les solutions de gélatine** (*Arch. de Méd. des Enfants*). — Les solutions de gélatine, dit le Dr PÉHU, peuvent constituer un agent thérapeutique de premier ordre dans les diarrhées infantiles; mais, pour pouvoir appliquer ce traitement, il faut observer minutieusement certaines précautions.

L'auteur a adopté le mode suivant : on formule une solution au dixième de gélatine (variété jaune ou blanche) dans l'eau bouillie, et on stérilise à 120° à l'autoclave. Puis, après filtration soigneuse, on répartit le contenu dans des tubes à essais chimiques, bouchés par de l'ouate stérilisée ou dans des flacons hermétiquement fermés, par conséquent transportables au loin sans danger de contamination. Des flacons ainsi préparés ont pu être transportés dans les pays chauds et ne présenter aucune altération au bout d'une année.

*Le Gérant :* O. DOIN.

Paris. — Imp. Levé, 17, rue Cassette.

# LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

## VINGTIÈME LEÇON

### Traitement des adénites tuberculeuses,

DEUXIÈME PARTIE

par M. le professeur ALBERT ROBIN,
de l'Académie de médecine.

VI

Le *traitement local* des adénites est entièrement dominé par les propositions de notre hexalogue, c'est-à-dire que, sauf des cas si exceptionnels qu'il n'y a pas à en tenir compte dans la pratique courante, il doit rester essentiellement médical.

Quatre cas sont à considérer :

*a*) Adénites dures et micropolyadénites des enfants;

*b*) Adénites molles simplement caséeuses ou déjà en voie de suppuration;

*c*) Adénites franchement suppurées et menaçant de se fistuliser;

*d*) Adénites dures, immobiles, c'est-à-dire n'ayant, malgré le traitement qui leur est applicable, aucune tendance à la régression, ni au ramollissement.

Il est, pour les adénites de ces trois groupes, une prescription commune, indispensable et trop souvent négligée, c'est de pratiquer l'antisepsie de toutes les cavités avec lesquelles les ganglions atteints ont des rapports circulatoires.

Notre malade avait des dents en très mauvais état, de la gingivite, des fluxions dentaires fréquentes d'origine périostique : notre premier soin fut de le confier au dentiste qui

nettoya le tartre dentaire, arracha des racines infectées et aurifia des caries ouvertes. Nous lui recommandons de brosser ses dents, le matin et après chaque repas, avec une brosse douce chargée de la poudre dentifrice ci-dessous :

| | |
|---|---|
| Carbonate de chaux précipité.......... | 70 gr. |
| Poudre de savon.......................... | 28 » |
| Camphre finement pulvérisé............ | 2 » |
| Essence de menthe...................... | V gt. |

Mêlez exactement.

Il lave ensuite sa bouche et se gargarise avec une préparation antiseptique dont voici la formule :

| | |
|---|---|
| Naphtol β.......................... | 0 gr. 20 |
| Perborate de soude................. | 15 » |
| Eau distillée de menthe............ | 200 » |
| — bouillie pour un litre........... | Q. s. |

*F. s. a.* Gargarisme, qu'on réchauffera au bain-marie avant de s'en servir.

On emploiera la même solution pour faire, en cas de besoin, l'antisepsie de l'oreille externe et de la cavité nasale.

S'il y a lieu d'assurer l'antisepsie des voies respiratoires, on pulvérisera plusieurs fois par jour et pendant dix minutes chaque fois, un demi-verre du liquide suivant :

| | |
|---|---|
| Iodure d'allyle......................... | 1 à 2 gr. |
| Acide hydrofluosilicique............. | 2 gr. |
| Goménol.................................. | 10 » |
| Décoction de lichen Carragháen pour émulsionner.......................... | Q. s. |
| Eau bouillie pour un litre............ | Q. s. |

*F. s. a.* Emulsion.

## VII

J'arrive maintenant au traitement local de nos trois séries de cas :

1° *Les adénites sont dures.* — Le traitement local a pour but de faciliter la résorption et la sclérose des ganglions atteints et de la zone de périadénite qui les entoure.

Les onctions, les pommades, les emplâtres n'ont aucune valeur et ne servent qu'à faire perdre du temps.

L'*emplâtre de Vigo* lui-même, si prôné, est absolument inutile. Mais comme il est souvent difficile de ne pas donner quelque passagère satisfaction à la famille qui réclame une pommade fondante, formulez celle-ci, sans trop vous illusionner sur son efficacité :

| | |
|---|---|
| Iodure de baryum.................... | 0 gr. 25 |
| — de potassium.... ............. | 2 » |
| Axonge benzoïnée.................... | 20 » |

*F. s. a.* Pommade.

Faire deux onctions par jour et recouvrir d'une compresse fine et d'une lame d'ouate.

Les traitements locaux réellement utiles sont par ordre de mérite : *a*) la radiothérapie ; *b*) les injections interstitielles.

A. *La radiothérapie.* — Ce traitement doit être fait par un spécialiste. Mais la technique en est simple, ne nécessite qu'un court apprentissage, et tout médecin soigneux peut le pratiquer lui-même, s'il dispose d'une installation instrumentale.

Le but à atteindre est de faire absorber le plus de rayons possible, tout en maintenant l'intégrité de la peau. Certains auteurs diront que, pour réussir, il est nécessaire de produire une légère irritation de la peau, une radiodermite. Or, non seulement celle-ci est inutile, mais il faut bien se garder de la provoquer. Aussi mettra-t-on huit jours entre la première et la deuxième séance, douze jours entre la deuxième et la troisième, et quinze jours entre les autres. Quant à l'intensité des rayons, au degré de dureté de l'ampoule et à la distance où on la place, il n'y a pas de règle générale à établir, et l'on devra s'inspirer des cas particuliers Quelques-uns, comme M. J. Darier, commencent par des doses massives qu'ils réduisent dès la troisième séance, au

chiffre de deux H, par exemple ; d'autres débutent par des doses faibles, en se réservant de les augmenter suivant les circonstances des cas.

Comme premier effet de la radiothérapie, on constate une sorte de fonte des périadénites. Les ganglions agglomérés par ces périadénites s'isolent au bout d'un certain temps, et la masse diminue de volume bien plus par cette fonte périphérique que par la formation du tissu fibreux cicatriciel. Il peut arriver que la régression de la masse s'accentue au point qu'on a pu constater sa complète disparition. Mais ces cas sont exceptionnels. Le plus souvent, la production morbide diminue simplement de volume, pendant que s'atténuent et disparaissent les signes de compression, les névralgies et les accidents dyspnéiques.

Combien de temps doit durer l'essai du traitement par les rayons X? Dans les adénites souples, récentes, il faut en moyenne trois mois, et il n'y a pas inconvénient, en ce cas, à faire des séances plus rapprochées. Quand les ganglions sont durs et ligneux, il faut compter au moins sur quatre à cinq mois, et encore n'obtient-on guère que des diminutions de moitié, au plus. Si, après ces durées, il n'y a pas de régression sensible, mieux vaut ne pas continuer et recourir aux injections arsenicales interstitielles. Outre son action locale, la radiothérapie améliore souvent l'état général. Le sommeil devient meilleur, l'appétit s'accroît, le poids se relève, les forces reviennent. Le sang se modifie et tout fait présumer que son examen fournirait de curieux enseignements. Dans deux cas personnels, j'ai pu constater une diminution des globules blancs et des grands mononucléaires. Aussi, sans chercher à décider entre les théories émises sur l'action des rayons X, ai-je tendance à penser

que cette action est liée, au moins en partie, à leurs effets sur les leucocytes.

La radiothérapie exige beaucoup de prudence de la part de celui qni l'applique, car elle peut produire certains accidents qui sont : *a*) des érythèmes que l'on évitera en modifiant l'intensité des rayons, la dureté de l'ampoule, sa distance de la région malade et la durée de l'exposition ; *b*) de la pigmentation de la peau, surtout chez les femmes, que l'on évitera en espaçant les séances et en attendant, pour les reprendre, que toute teinte rosée de la peau ait disparue ; *c*l) la chute de la barbe et des cheveux qu'on préviendra en protégeant les régions pileuses par les moyens appropriés ; *d*) des céphalées qui indiquent, sinon de cesser les séances, du moins de les espacer davantage.

B. — *Les injections intra-ganglionnaires.* — En principe, on n'aura recours aux injections, quelles qu'elles soient, que dans les cas où le traitement radiothérapique est inapplicable. Les plus employées sont celles de *liqueur de Fowler.* Je conseille de commencer par la liqueur diluée dans son volume d'eau distillée :

| | |
|---|---|
| Liqueur de Fowler............... ... | ââ 10 gr. |
| Eau distillée......................... | |

Mêlez.

Avec une seringue de Pravaz munie d'une fine aiguille, injecter deux gouttes de cette solution dans l'épaisseur de la masse ganglionnaire, et laisser passer la réaction locale, s'il s'en produit. Si elle ne se produit pas, recommencer au bout d'une semaine, en injectant cette fois IV gouttes. Les semaines suivantes, on se servira de liqueur de Fowler non diluée, mais à la dose de II gouttes seulement.

Ce traitement est extrêmement lent et ne donne d'effets

que dans les cas où il n'y a pas tendance à la caséification et au ramollissement. C'est le traitement sclérosant type qui doit être réservé aux cas où les ganglions ont eux-mêmes une tendance vers l'évolution fibreuse.

Il est passible de quelques accidents qu'il faut connaître, car leur survenance implique la suspension du traitement. Ce sont : *a*) des douleurs, ou des réactions locales trop intenses; *b*) des céphalalgies et des céphalées; *c*) des poussées fébriles; *d*) de la congestion de la face avec rougeur persistante du visage; *e*) des bourdonnements d'oreille; *f*) du coryza; *g*) certains exanthèmes; *h*) des nausées et des troubles digestifs.

2° *Les adénites sont molles.* — Loin de chercher à les durcir et à les scléroser, ce qui est impossible, puisque les adénites molles sont caséeuses, il faut au contraire les ramollir encore et favoriser leur suppuration aseptique. Celle-ci ne doit donc pas être considérée comme un accident à éviter, mais comme une évolution à provoquer. Des nombreux agents proposés pour cela, il n'en faut retenir que deux, la tuberculine et le naphtol camphré, en injections interstitielles.

Je n'ai retenu les *injections de tuberculine* que pour insister sur les dangers qui doivent les faire exclure résolument de la pratique. Malgré le succès obtenu par M. J. DARIER, qui est parvenu à faire rétrocéder sans suppuration de volumineuses adénites cervicales et sous-maxillaires, et les résultats favorables de M. GUINARD qui a recherché la fonte purulente, je ne conseille pas aux praticiens de les employer, car l'injection de tuberculine peut amener la suppuration de ganglions profonds, et on n'est jamais sûr qu'une adénite cervicale ne se complique pas d'adénopathies trachéo-bronchiques.

On s'en tiendra donc au procédé qui a été si bien réglé par le Dr CALOT (de Berck-sur-Mer) et dont les avantages sont tels qu'on est en droit de le considérer comme le procédé de choix.

A. — *Les adénites sont déjà très molles et vraisemblablement suppurées.* — Si les adénites sont franchement ramollies, usez des injections d'*huile créosotée et iodoformée* dont voici la formule :

| | | |
|---|---|---|
| Huile | 5 gr. | |
| Créosote | 0 | 20 |
| Iodoforme | 0 | 50 |

*M. s. a.* en ajoutant une toute petite quantité d'éther, strictement suffisante pour dissoudre l'iodoforme en suspension.

Commencez par vider la poche purulente, à l'aide du trocard n° 4 et de l'aspirateur du Dr CALOT, en ayant soin d'enfoncer le trocard en un point sain de la peau et non aux points qui menacent de s'ulcérer. Ces aspirations seront répétées tous les jours, s'il est nécessaire, c'est-à-dire toutes les fois que la poche sera tendue et fluctuante. Après chaque aspiration, on exercera sur la poche une compression élastique aussi énergique que le malade la supportera.

Dès que la peau aura recouvré sa fermeté et son intégrité, et même dès le début du traitement, si ces conditions sont remplies, espacer les ponctions tous les 4 à 5 jours et les faire suivre d'une injection de 2 à 3 cc. du liquide précédent. Après la huitième injection, faire encore une à deux ponctions, sans injection consécutive, et comprimer méthodiquement avec des carrés d'ouate entrecroisés et une bande de crêpe Velpeau, de façon à amener l'accollement des parois.

Chez notre malade, les premières ponctions donnèrent issue chacune à 60 cc. environ de pus, soit 120 cc. environ pour les deux masses ganglionnaires. L'abcès du côté droit était unique, mais à gauche, il y avait deux larges poches

dont l'antérieure était sur le point de s'abcéder. Après les dix premières ponctions qui furent pratiquées tous les quatre jours environ, on injecta dans les poches 2 cc. d'huile iodoformée et créosotée. A ce moment, la quantité du pus retiré à chaque ponction avait diminué d'environ moitié, mais son aspect s'était en même temps très modifié. Au lieu d'être épais, jaune et granuleux, il était devenu fluide, veiné de stries sanguinolentes, puis franchement sanglant.

Dans ces conditions, il ne faut pas continuer les injections, mais simplement vider les poches par aspiration, quand elles sont trop tendues, et s'en tenir à une compression bien faite qu'on soulève tous les cinq à six jours pour ponctionner et recomprimer aussitôt, sans faire de nouvelle injection. C'est ainsi que nous avons procédé, et j'ai la grande satisfaction de vous présenter ce malade en voie de guérison des énormes masses ganglionnaires qui donnaient à son cou un aspect si difforme.

B. — *L'abcès n'est pas encore très mûr.* — Dans ce cas, au lieu d'huile iodoformée et créosotée, il faut injecter le *naphtol camphré glycériné*, soit 6 cc. de l'émulsion suivante :

| | |
|---|---|
| Naphtol camphré........................ | 10 gr. |
| Glycérine pure.......................... | 50 » |

Triturez au mortier jusqu'à ce que l'émulsion soit homogène et puisse se mélanger à l'eau sans formation de gouttelettes rosées de naphtol camphré.

La technique du traitement est exactement la même qu'avec l'huile iodoformée et créosotée, mais le naphtol camphré a l'avantage de fondre rapidement les masses caséeuses qui n'ont pas encore le degré suffisant de ramollissement pour être facilement évacuées par le trocart.

Le naphtol camphré a été abandonné par la plupart des

praticiens, à cause des accidents observés à la suite de son emploi. Des cas de mort ont même été signalés (1). Il est incontestable que c'est un agent dangereux, mais seulement quand on ne sait pas le manier. Les accidents qu'il produit sont dus soit à une intoxication directe, soit à de véritables embolies, car dans le plasma comme dans l'eau, le naphtol camphré se résoud en fines gouttelettes dont la pénétration et le transport intra-vasculaires sont parfaitement capables de causer la mort ou tout au moins des troubles graves.

On évitera sûrement ces accidents en prenant sept précautions indispensables :

1° N'employer que des doses minimes, soit de 2 à 6 cc. de l'émulsion de naphtol camphré;

2° Ne se servir que d'un produit fraîchement préparé;

3° Conserver les flacons bien bouchés, toujours à peu près pleins et à l'abri de la lumière;

4° Ne jamais employer le naphtol camphré pur, mais bien émulsionné avec la glycérine;

5° N'injecter le naphtol camphré que sur les points déjà ramollis, et s'abstenir quand la ponction préalable a donné issue à du sang ou à du pus très sanguinolent. — Ne pas injecter dans les tissus sains;

6° Faire l'injection très lentement et sous faible pression;

7° Maintenir le trocart en place pendant quelques minutes après l'injection, de manière à pouvoir aspirer le liquide injecté au moindre trouble présenté par le malade;

Ces troubles sont : *a*) le spasme pharyngien avec petits accès de toux sèche et goût de camphre dans la bouche;

(1) La liste à peu près complète en a été donnée par M. VILLEMIN dans son Rapport sur le traitement chirurgical des adénites tuberculeuses (*Bulletin médical*, 27 juillet 1907).

*b*) la salivation ; *c*) des mouvements convulsifs ayant l'apparence d'accès épileptiques.

Aucun de ces troubles ne se produira si l'on suit rigoureusement les prescriptions précédentes.

Quand le pus évacué par l'aspirateur, de jaune verdâtre est devenu brun rougeâtre, puis brun chocolat, que les grumeaux ont disparu, que le liquide aspiré est fluide et légèrement filant, suspendre les injections, faire la compression qu'on lèvera tous les quatre à cinq jours, pour faire de simples ponctions, toujours suivies de compression.

3° *Les adénites menacent de s'ouvrir spontanément et de se fistuliser.* — Le but à atteindre est d'empêcher la fistulisation qui ne manquera pas de se produire, si l'abcès s'ouvre spontanément et même s'il est incisé. Dans ce cas, ponctionner immédiatement, en introduisant obliquement le trocart à l'endroit où la peau est encore intacte. Faire ensuite une sorte de lavage de la cavité avec 3 à 4 cc. d'huile créosotée et iodoformée qu'on laisse séjourner deux minutes seulement et qu'on retire ensuite. Puis comprimer à la main pendant un quart d'heure environ et faire ensuite la compression méthodique comme il a été dit plus haut. Toutes les quatre heures, lever la compression, et faire une ponction simple avec aspirateur, sans injection, si l'abcès menace. En deux ou trois jours, la consistance de la poche redevient plus ferme, la peau reprend sa vitalité, toute crainte de fistulisation disparaît, et l'on rentre dans le cas des adénites molles ordinaires.

4° *Les adénites sont dures et, malgré le traitement, semblent s'éterniser.* — C'est le cas de ces ganglions durs comme des galets que ni la radiothérapie, ni les injections de liqueur de Fowler, ni le traitement général ne parviennent à faire rétro-

grader. Celles-là encore, on peut les traiter sans interventions chirurgicales, en suivant les préceptes du Dr CALOT.

Deux cas sont à considérer.

A. — S'il s'agit d'un enfant nerveux avec des parents timorés et qu'on ait beaucoup de temps devant soi, essayer encore de scléroser, en injectant très lentement, tous les jours, dans la masse ganglionnaire de II à V gouttes de *naphtol camphré pur*, car à cette dose infime, il n'y a pas d'accidents à redouter. On pratique ainsi huit injections. Pendant la période des injections, la glande augmente de volume et devient légèrement douloureuse. Trois à quatre semaines après, elle commence à diminuer de volume, et au bout de quatre à six mois, elle se résout plus ou moins complètement, dans les trois quarts des cas environ.

On peut obtenir les mêmes effets avec l'injection de 1 gramme d'*huile créosotée et iodoformée*.

B. — Toutes les fois que cela sera possible, il vaudra mieux provoquer le ramollissement des adénites, en injectant toujours très lentement, tous les jours, de V à XX gouttes de naphtol camphré glycériné, au centre du ganglion. Du quatrième au sixième jour, on observera de la chaleur, de la douleur, du gonflement au niveau de l'adénite injectée, en même temps qu'une réaction générale avec élévation de la température aux alentours de 38°. A ce moment, l'adénite donne, au palper, une sensation de résistance élastique, indice de l'amorce de ramollissement. On rentre alors dans le cas des adénites molles et le traitement se continue comme il a été dit plus haut.

Successivement, on traite de la même manière chacun de ceux des ganglions durs qui n'ont pas été entraînés dans le ramollissement central; mais, comme le dit justement M. CALOT, il ne faut pas s'entêter à vouloir à tout prix

ramollir jusqu'à leurs derniers vestiges, car ils finissent par disparaître à la longue, spontanément, par sclérose progressive.

## VIII

Un mot encore sur le *traitement local* de deux *complications* des adénites tuberculeuses, complications que vous n'avez guère à redouter avec le traitement qui vient de vous être exposé; mais il arrivera que vous aurez à soigner des individus chez lesquels elles se sont déjà produites soit spontanément, soit à la suite d'intervention chirurgicale intempestive.

Ce sont les fistules et les cicatrices.

1° *L'adénite est fistulisée.* — Deux cas sont à considérer :

A. — *Il y a infection générale.* — Comment la diagnostiquer? Quelquefois, le diagnostic s'impose, du fait de la cachexie, de la fièvre à grandes oscillations, des dégénérescences viscérales, etc. D'autres fois, le diagnostic est douteux. Le Dr Loze (1) propose un traitement d'épreuve : l'injection par la fistule d'un gramme de naphtol camphré émulsionné que l'on maintient en place en obturant par des tampons d'ouate tous les orifices fistulisés. Si l'on constate une élévation naturelle de la température, le soir ou le lendemain, l'infection générale ne serait pas douteuse.

Celle-ci constatée, il faut se borner au traitement général et au drainage exact de l'adénite par les fistules ouvertes, tout en appliquant sur les ulcérations de la peau et sur les orifices fistuleux, soit de la poudre de *Lucas-Championnière*, soit des pansements à l'iodure double de bismuth et cincho-

(1) Th. Loze. — Le traitement conservateur dans les adénites cervicales tuberculeuses chroniques. *Thèse de Paris*, 1905.

nidiné, soit des emplâtres de Vigo et d'huile de foie de morue. La radiothérapie peut rendre des services.

B. — *Il n'y a pas d'infection générale.* — Le but est d'éviter qu'elle ne se produise, en poursuivant la propreté méticuleuse des territoires desservis par les ganglions et l'asepsie rigoureuse des conduits fistuleux, en usant concurremment de tous les moyens précédents et aussi des lavages antiseptiques avec des solutions de *nitrate d'argent* à 1 p. 100, du *vin chaud*, de l'*eau iodée* ou de la vieille *liqueur de Villatte*.

2° *Les cicatrices.* — Le traitement en est bien précaire, mais avec de la persévérance, on arrive quelquefois à en atténuer les difformités.

*L'extirpation sanglante* de la cicatrice pour en obtenir une moins disgracieuse n'a guère réussi à M. CALOT, qui craint les opérations parce qu'elles aggravent souvent la difformité et qui se montre très découragé sur la valeur de tout traitement.

Il ne faut donc pas promettre grand'chose aux malades et s'en tenir aux moyens doux comme la *radiothérapie* et les applications d'*emplâtre de Vigo* qui ont quelques améliorations à leur actif.

On évite donc les cicatrices plus facilement qu'on ne les guérit.

Certes, le traitement nécessaire exige du temps, de la minutie et de la patience; mais, comme le dit M. CALOT, guérir sans traces une adénite tuberculeuse, cela vaut bien que le médecin et le malade se donnent quelque peine pour y arriver. Et notre malade nous paraît un bel exemple des succès qu'on peut obtenir.

# SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

## SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1908

Présidence de M. PATEIN.

### Communications.

#### I. — *Imperméabilité rénale et opothérapie*,

par le Dr F. VIALARD,
Correspondant national de la Société de Thérapeutique.

A la séance du 6 novembre 1907, j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société de thérapeutique l'observation d'un néphritique chez lequel l'organothérapie rénale a provoqué une amélioration telle et durable que le mot de guérison a pu être prononcé.

Dans cette observation, la disparition de l'albumine, des petits signes du brightisme, de l'anémie, de l'amaigrissement, le retour des forces ont été précédés d'une abondante diurèse. Cette diurèse a été observée à chaque période opothérapique, et ce sont ces périodes répétées de diurèse, vrais lavages des reins, qui ont modifié si heureusement l'état chronique et grave de ce malade chez lequel avait échoué le régime lacté, sévère, prolongé, exclusif.

Les quatre observations qui font l'objet de ce travail, observations ayant trait à des affections bien diverses des reins, prouvent que si l'organothérapie rénale n'est pas dans tous les cas, l'*agent curateur*, l'*agent spécifique* de la néphrite, elle est toujours *un puissant instrument de diurèse.*

OBSERVATION I. — *Infection tuberculeuse aiguë; opothérapie contre les lésions rénales.* Je cite en premier lieu cette observation, car elle me paraît être la plus probante en faveur des bons effets de l'opothérapie. En effet, à une première période de lésion rénale par le bacille de Koch, alors que les nodules tuberculeux sont encore disséminés, non confluents, que l'albumine et l'insuffisance urinaire sont plutôt le signe d'une néphrite que d'une altération tuberculeuse profonde, l'organothérapie rénale provoque une diurèse qui se maintient plusieurs jours. A une

seconde période au contraire, le rein ne peut plus réagir, car il n'est pas seulement atteint de néphrite, mais ses substances sont envahies et détruites par les nodules tuberculeux confluents.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans. L'infection tuberculeuse débute en juin 1906 par le péritoine et l'intestin avec douleurs abdominales et constipation opiniâtre, mais surtout par un état général grave ne laissant aucun doute sur l'issue fatale. En effet, la tachycardie est continue, progressive, rebelle; la dyspnée et la cyanose surviennent au moindre effort et sans lésion cardio-pulmonaire apparente; la fièvre est très légère et par poussées irrégulières.

Le 4 décembre les urines rares, l'œdème palpébral et malléolaire attirent l'attention du côté des reins. L'analyse des urines révèle encore 4 grammes d'albumine : le malade n'urine que 500 grammes en vingt-quatre heures.

Le 5 décembre, période opothérapique pendant douze jours. Le cinquième jour débâcle urinaire (2.500 grammes) se maintenant pendant vingt-cinq jours, malgré la présence et la même dose d'albumine dans les urines. Diminution progressive de la diurèse, réapparition des œdèmes, aggravation de l'état général : une nouvelle période d'opothérapie est alors ordonnée mais sans aucun résultat.

Obs. II. — *Néphrite chronique.* — Il s'agit d'une vieille néphritique chez laquelle, depuis plusieurs années, les échanges nutritifs sont ralentis. Après être restée longtemps une brightique maigre, elle est devenue une brightique grasse. Le foie est volumineux, son cœur asthénique et son rein organiquement altéré.

Chaque année elle présente une ou plusieurs crises aiguës d'insuffisance rénale, caractérisées par l'aggravation de la céphalée, l'apparition des œdèmes, la rareté des urines et l'augmentation de l'albumine ou sa réapparition.

Depuis 1905, au début de chaque crise, le traitement opothérapique est institué pendant douze jours ; la crise avorte à la suite d'une abondante diurèse et momentanément albumine et symptômes de toxémie disparaissent.

Obs. III. — *Acidité urinaire avec périodes de cystalgie et d'insuffisance urinaire.* — Ce malade, âgé de quarante-sept ans, artério-scléreux, vient me consulter en 1904 : il raconte que chaque année, à plusieurs reprises, surtout pendant l'hiver, lorsqu'il mène une vie sédentaire ou à la suite d'un refroidissement, il présente les troubles suivants : urines rares, épaisses, douleurs vésicales, mictions fréquentes et très douloureuses, troubles durant plusieurs jours et le privant de tout repos. Les deux analyses des urines faites à diverses périodes sont négatives au point de vue albumine, sucre et pus, mais révèlent une augmentation considérable de l'acidité urinaire. Je lui conseille le traitement opothérapique dès l'apparition des signes précurseurs d'une nouvelle crise. Cel'e-ci survient en janvier 1905 : après cinq jours de traitement opothérapique une débâcle urinaire se produit et la crise avorte. Il en est de même lors d'une seconde crise en juin 1905. Un traitement sévère contre l'acidité urinaire est suivi dans l'intervalle des crises, qui s'espacent d'abord et ne sont plus observées depuis 1906.

Obs. IV. — *Néphrite chronique, opothérapie contre les crises d'insuffisance rénale.* — R. V...., âgée de 18 ans ; mère morte d'urémie. Aucune maladie jusqu'à 7 ans. A cette époque apparition de la céphalée, vertiges, fourmillements, bourdonnement des oreilles, troubles de la vue (lueurs rouges), cauchemars, cris et soubresauts pendant le sommeil. Réglée à 12 ans, toujours irrégulièrement, tantôt abondamment, tantôt très peu, le flux menstruel étant alors remplacé par des épistaxis abondantes et graves ; palpitations et dyspnée.

En janvier 1906, première crise urémique. Après quelques jours de toux sèche, quinteuse, de gêne respiratoire, de céphalée frontale plus intense, les urines deviennent rares, albumineuses, l'œdème d'abord malléalaire gagne tout le membre inférieur. Il y a de l'ascite, la face est bouffie et cyanosée, la dyspnée angoissante, et le 6 janvier l'anurie est complète, le pouls est rapide, filiforme. L'intolérance stomacale ne permettant l'administration d'aucun médicament, la macération de rognons de porc (formule

de Renaut) est administrée sous forme de lavement laudanisé. 12 heures après, émission de 400 grammes d'urine. Second lavement opothérapique le 7 janvier : le lendemain, émission de 500 grammes d'urine. L'intolérance stomacale ayant cédé, la malade est mise au lait et à l'eau de Vittel, mais l'impossibilité de se procurer des rognons de porc fait cesser pendant 3 jours la méthode opothérapique. Elle est reprise le 10 janvier. Après 9 jours le volume des urines, qui s'était maintenu à 500 grammes environ, augmente et atteint après 15 jours le chiffre de 2500 grammes. Cette diurèse se maintient plusieurs jours provoquant la disparition des symptômes d'insuffisance urinaire et de l'albumine.

En décembre 1907, prodrômes d'une nouvelle crise : traitement opothérapique pendant 12 jours. Comme pendant la première période, même diurèse, mêmes résultats.

Je crois que l'on peut poser les conclusions suivantes :

1) Dans la néphrite chronique, la méthode opothérapique, répétée à plusieurs périodes, peut amener une amélioration telle que le mot de guérison a pu dans un cas être prononcé (observation communiquée à la Société de Thérapeutique le 6 novembre 1907), *mais ces cas sont exceptionnels.*

2) Chez la plupart des néphritiques, l'opothérapie rénale évite ou diminue la crise d'insuffisance rénale, faisant *momentanément* disparaître l'albumine et céder les petits signes du brightisme (observations II et IV). Elle est pour l'urémique ce que la digitale est pour l'asystolique.

3) Mais dans tous les cas elle n'agit qu'après avoir provoqué une diurèse abondante; cet effet diurétique s'observe presque toujours; tant que les reins non complètement détruits par une affection organique peuvent réagir. *Si l'opothérapie n'est pas l'agent rénovateur de la cellule rénale, elle en est un puissant stimulant, d'où un bon instrument de diurèse.*

4) Dans un cas (observation III), l'opothérapie rénale a modifié non seulement la quantité mais la qualité des urines.

## II. — *Sur un nouveau mode d'administration de la macération de rein, dans l'imperméabilité rénale de cause toxémique,*

(A propos de la communication de M. F. Vialard) (1),

par le professeur J. RENAUT.

Notre distingué confrère, M. le Dr F. Vialard, m'a fait connaître, depuis longtemps déjà, les faits intéressants qui ont servi de base à sa communication. Ils m'ont paru très instructifs; d'autre part, ils ont trait à l'emploi, régulièrement heureux, d'une méthode thérapeutique que j'ai moi-même introduite dans la Science il y a quelques années. L'occasion m'est ainsi fournie de revenir sur un sujet que je crois important, et d'en profiter pour indiquer une modification de la méthode qui en rendra l'application plus facile.

Le traitement des imperméabilités rénales de cause brightique par l'emploi de la macération de rein, telle que j'en ai tout d'abord donné la formule, n'a jamais eu la prétention de fournir une médication *spécifique et définitivement curative* de la néphrite interstitielle chronique. Pour s'en convaincre, il suffira de se reporter à la communication que j'ai faite à l'Académie de Médecine en décembre 1903 (2). J'ai dit, alors, simplement, que dans les cas où un rein devient imperméable par le fait d'un brightisme établi, et parfois même demeure tel quoiqu'on ait décongestionné mécaniquement et directement ce rein par une application de sangsues au carré lombaire, puis fait agir ensuite les grands diurétiques (digitale, théobromine, caféine), on parvient le plus souvent à rétablir la diurèse, et en même temps à lever les accidents urémiques, en donnant au malade (et en procédant ainsi que je l'ai réglé) la macération de rein dont j'ai fourni la formule. Ceci, à peu près à coup sûr, s'il s'agit d'une première

(1) F. VIALARD. *Imperméabilité rénale et opothérapie.*

(2) J RENAUT. Pouvoir sécrétoire et signification glandulaire des épithéliums des tubes contournés du rein.

Valeur thérapeutique de leurs préproduits solubles dans l'eau (*Acad. de méd.*, 22 décembre 1903).

atteinte d'imperméabilité rénale ; et plus tard, de façon sensiblement régulière, si, en suivant attentivement le malade, on reprend la médication à *chaque menace de fermeture du rein*, et à chaque apparition nouvelle des petits signes urémiques qui l'accompagnent et le plus souvent la précèdent : ceci, sans attendre que le patient n'urine plus et soit du même coup trop profondément intoxiqué.

C'est là ce que j'ai toujours observé depuis lors dans ma propre pratique. C'est ce que confirmait, dès 1905, mon élève le Dr Choupin (de Saint-Étienne) dans le travail important (1) qu'il a consacré à cette question (dont je ne veux pas reprendre ici l'historique, bien entendu). Je veux simplement faire observer ceci : tous les cliniciens qui ont mis en usage la méthode opothérapique que je proposais, en visant simplement le but que j'avais indiqué moi-même, — c'est-à-dire ceux qui ont vu là *un agent du traitement* des néphrites ayant ses indications à un moment donné, et non pas un *remède spécifique* à action définitive, — sont arrivés aux mêmes résultats que moi, sans plus de déceptions ni d'inconvénients. Ceux, au contraire, qui ont demandé à cette méthode la guérison complète d'une néphrite chronique, l'ont jugée insuffisante à les satisfaire. Elle ne *guérit* pas, en effet, davantage un brightique avéré, que la digitale un cardiaque à lésions valvulaires. Mais elle constitue l'un des *instruments thérapeutiques* qui le libèrent, le cas échéant, de l'insuffisance rénale du moment, comme le fera la digitale d'une insuffisance cardiaque ayant abouti à l'asystolie. Et encore, sait-on parfaitement que la digitale, aussi bien administrée qu'on voudra, ne lève pas l'asystolie de *toutes* les maladies valvulaires du cœur ! A plus forte raison l'opothérapie rénale, qui n'est qu'un moyen éventuel, ne devra jamais avoir la prétention d'effacer pour jamais les accidents de *toutes* les néphrites. Mais je dis que, dès qu'un rein se ferme par cause toxémique : c'est-

(1) F. Choupin. Opothérapie rénale, etc. (*Revue de Médecine*, p. 64-88 et 131-165, 1905).

à-dire non seulement alors que sa circulation sanguine ne marche plus, mais qu'elle fait défaut, parce que le rein est envahi par un œdème d'origine non pas mécanique seulement, mais surtout toxique, *la macération de rein constitue dès lors le véritable médicament de choix.*

Elle réussit, en effet, très fréquemment là où la déplétion directe du rein, par saignée locale au carré lombaire, était restée soit insuffisante, soit même tout à fait inefficace. C'est, du reste, pour remédier à cette insuffisance ou à cette inefficacité, qui chez certains interstitiels s'accuse de plus en plus à chaque rechute de l'imperméabilité rénale, que je me décidai à employer la macération de rein en partant de l'observation, jusque-là unique, de mon collègue et ami le professeur Raphaël Dubois. Et j'obtins du coup une diurèse énorme, avec élimination massive *de l'urée et des chlorures* accumulés dans le sang et les tissus du malade : élimination progressive et soutenue, avec disparition de l'œdème périphérique et viscéral, chez un malade qui, presque mourant alors, vécut ensuite plus de deux ans. Cette élimination massive des chlorures, comme par une sorte de « chasse » à l'égoût que réalise en ce cas le rein redevenu largement perméable après une longue période de clôture, a d'ailleurs été relevée, avec même un certain étonnement, par d'autres observateurs que moi. Ils se sont demandé comment, dans un état de « rétention chlorurée », il se peut faire que l'ingestion des 400 grammes d'eau salée isotonique à 6 p. 1.000 détermine, non pas l'augmentation, mais bien, au contraire, la cessation de cette rétention? C'est en effet là — du moins en apparence — un fait éminemment paradoxal.

Il le demeurerait, si l'on ne se rendait pas compte de ce que c'est qu'un rein, tel du moins que nous le connaissons aujourd'hui. Le rein n'est pas du tout rien qu'un filtre commandé par la circulation sanguine, comme on le croyait il y a encore peu d'années. C'est une glande opérant, et des filtrations électives, et des transformations des substances que modifient électivement des épithéliums actifs. Probablement aussi cette glande verse, dans les

capillaires sanguins qui la parcourent, des produits d'une sécrétion interne. C'est dire, en d'autres termes, que le rein se comporte comme toutes les glandes. Et si, soit ses glomérules (organes de l'impulsion première du cours de l'urine), soit ses capillaires labyrinthiques circumtubulaires (où puisent et partiellement rejettent ses épithéliums sécréteurs), soit et surtout ses épithéliums sécréteurs eux-mêmes sont, ou matériellement, ou fonctionnellement empêchés d'exercer leur rôle physiologique respectif, — la fonction rénale dépurative est entravée; et les poisons à éliminer par voie urinaire sont retenus dans le sang et y exercent leurs actions toxiques. Or, il est actuellement démontré que ce sont les épithéliums des tubes urinaires, et tout spécialement celui des tubes contournés, qui, par leur activité propre, créent une série de substances capables de transformer les produits toxiques, accumulés dans le sang qui les aborde, en produits, et moins toxiques, et plus aisément dialysables à travers la cuticule striée de tubes contournés, peut-être même tout du long de la série entière des tubes urinaires. Car les signes d'activité glandulaire *multivalente* (formation de préproduits lipoïdes, albuminoïdes, cristalloïdes, etc.) se retrouvent même dans les tubes de Bellini, et non pas seulement dans les tubes contournés qui font suite au glomérule (1).

Cela posé, et cet autre fait (démontré par moi il y a nombre d'années) étant admis : à savoir que, dans la plupart des néphrites d'ordre interstitiel, il n'y a pas beaucoup plus d'un glomérule sur trois qui, dans le rein malade, soit devenu imperméable et incapable de fonctionner, on pouvait conclure que si les deux autres tiers des organes élémentaires qui constituent le rein par leur ensemble ne fonctionnent pas non plus, c'est qu'ils sont annulés temporairement, dans l'état pré-urémique puis urémique confirmé, *par une autre cause*. Et j'ai aussi démontré que cette cause consiste dans l'œdème du rein. Si l'on parvient à lever

---

(1) J. Renaut et G. Dubreuil, *C. R. de l'Association des Anatomistes* (Lille, 1907).

temporairement cet œdème (par exemple par la saignée locale directe et soutenue), le rein redeviendra perméable et se remettra à éliminer.

Mais s'il ne le fait pas, c'est qu'il y a une autre cause nocive, qui rétablit l'œdème de suite, en entretenant dans le sang l'état toxémique qui influence alors quand même le système nerveux général, dont l'œdème rénal est une réaction pour ainsi dire immédiate. C'est pourquoi j'ai pensé à reverser alors aussi dans le sang, par une voie quelconque, les agents qui, dans la traversée du rein, désintoxiquent le milieu intérieur en transformant les poisons, résultant des opérations vitales, dont il est saturé. — A ce point de vue, l'expérience unique de R. Dubois m'a ouvert les yeux. Elle m'a montré que les préproduits de sécrétion élaborés par les épithéliums rénaux peuvent, sans se foncièrement détruire, passer par le tube digestif, et, versés ainsi dans le sang, y exercer sur les toxines à éliminer une action transformatrice. Les poisons sont, dès lors, présentés au rein dans un état suffisant d'atténuation, pour que cet organe les filtre, même dans l'état malade, avec plus de facilité. Il les élimine par suite, et, l'intoxication générale s'atténuant, l'œdème rénal oblitérateur des voies d'élimination, s'efface. Le rein devenu désormais perméable jusqu'à plus ample informé, redevient aussi, tant qu'agit le contre-poison, une voie de rejet vraiment libre. Et tout passe dans ce rein derechef ouvert, et passe même en masse. Urée, acide urique, substances puriques autres, et chlorures compris s'éliminent largement et en bloc : — tout comme l'eau d'un étang, retenue et débordant en amont d'un bief, s'y précipite et s'écoule en masse dès qu'on lève l'écluse.

Mais voulant verser, dans le sang, les produits de sécrétion transformateurs des toxines élaborés par les cellules épithéliales actives d'un rein étranger, il était indiqué de les extraire tous, — et dans un état aussi voisin que possible de celui où ils se trouvent dans le rein vivant — c'est-à-dire de les présenter à l'absorption en milieu isotonique. Car il faut avoir recherché cytologiquement ces préproduits dans un rein où l'on veut les mettre en

évidence, pour savoir combien ils sont vulnérables, sensibles aux divers solvants usités en histologie. C'est seulement ainsi qu'on peut se rendre compte que beaucoup d'entre eux (tels les préproduits albuminoïdes de ségrégation) sont détruits net par l'eau, la glycérine, les alcools. Donc, une macération de rein dans l'eau distillée ne les conservera pas; et non plus les extraits alcooliques ni glycérinés. D'autre part, les épithéliums du rein élaborent une série de substances lipoïdes, voisines des lécithines, que l'eau, il est vrai, ni la glycérine ne détruisent mais que l'alcool tue et dissout plus ou moins. En revanche, ces chances d'obtenir du rein étranger, employé comme médicament, des macérations ou des extraits inertes, sont écartés seulement par l'usage d'un sérum artificiel isotonique et en outre réellement vital; c'est-à-dire par l'eau salée en solution physiologique. Il faut donc conserver ce véhicule, du moins en l'état actuel de nos connaissances. Et d'ailleurs, tout ce que l'emploi de la nouvelle méthode opothérapique nous a jusqu'ici appris, confirme ce fait essentiel affirmé dès le début : à savoir qu'il s'agit là d'un moyen diurétique puissant; et certains ont même dit, redoutable par sa puissance. Car il est des observateurs qui ont eu l'appréhension de léser davantage le rein du malade par un surmenage de diurèse; comme il en est qui redoutent d'introduire, avec les substances utiles, un peu de chlorure de sodium en plus dans un milieu intérieur où il est déjà retenu en surcharge. Mais toutes ces craintes n'ont ici guère leur raison d'être, devant cette indication essentielle dans l'imperméabilité rénale de cause urémique, qui est de rétablir à tout prix et sans délai la voie rénale d'élimination.

Une objection qui doit ici retenir bien davantage notre attention, parce qu'elle est d'ordre essentiellement clinique et touche la possibilité de mettre ou non la méthode en jeu, consiste dans la difficulté qu'on éprouve, la plupart du temps, à faire ingérer la macération de rein par la voie buccale. Beaucoup de malades, en effet, s'y refusent par simple dégoût. D'autres sont en proie à une véritable dyspepsie de signification urémique, parfois avec

intolérance stomacale et vomissements. En ces cas, on voit les malheureux patients, après avoir surmonté péniblement leur répugnance à absorber la macération de rein (même aussi savamment déguisée qu'on le peut faire), rejeter celle-ci au bout d'un temps variable. Rapidement alors, ils refusent catégoriquement de continuer. Il fallait donc tourner la difficulté ; et, pendant longtemps, tout en y songeant sans cesse, je n'en avais pas trouvé le moyen.

Dans ces conditions, et il y a maintenant plus de dix-huit mois, j'eus à intervenir, en une série de consultations qui sont devenues depuis de plus en plus espacées, dans le traitement d'une jeune femme atteinte de néphrite interstitielle soignée par mon distingué confrère, élève et ami, le Dr Bertoye. Cette malade, qu'il voyait seulement depuis quelque temps, avait été atteinte à quelque distance de là d'une néphrite de cause assez mal déterminée, qui avait évolué en une néphrite interstitielle rapidement accompagnée d'insuffisance rénale d'apparence sévère, ce qui est exceptionnel chez une personne d'un peu moins de trente ans. L'imperméabilité rénale s'accusait chez elle, au bout d'un temps plus ou moins prolongé du régime soit lacto-végétal le plus strict, soit même du régime lacté absolu, par la baisse progressive du taux des urines. Du même pas, se développait une céphalée urémique devenant rapidement constante et atroce. Et enfin survenait une intolérance gastrique, parfois absolue dans certaines de ces crises d'intoxication, répondant chacune à une sorte de saturation du milieu intérieur par les poisons au jour le jour additionnés dans le sang. La malade ne tolérait dès lors plus rien, sinon de l'eau pure.

Ainsi qu'il est de règle depuis longtemps pour mes élèves et pour moi en pareil cas, on commença d'abord par des applications de sangsues au carré lombaire, suivies chacune de l'administration de la digitale à dose décroissante. Et de fait, l'imperméabilité rénale fut ainsi momentanément levée. Mais ce fut chaque fois pour un temps estimé par nous trop court ; car il ne dépassait jamais quelques jours, durant lesquels la céphalée

cédait et le lait soigneusement écrémé pouvait être supporté. Nous mîmes alors en jeu la macération de rein telle que j'en ai donné la formule. Son action fut, il est vrai, immédiate chaque fois, suivie d'une persistance de la perméabilité rénale assez prolongée. Mais bientôt, il ne fut plus possible de continuer ce moyen. La malade se refusait énergiquement à ingérer la macération par la bouche. C'est alors que M. le Dr Bertoye me proposa comme expédient de tenter d'introduire cette macération par la voie rectale, la malade se trouvant alors ramenée à un état absolument précaire. Elle était en effet incapable d'absorber autre chose qu'un peu d'eau : impossible donc à nourrir, et menacée d'instant en instant d'urémie définitive et probablement convulsive. Car rapidement alors la céphalée s'accusait ; et dans un état saburral constant, on voyait se produire de temps en temps de petites crises de secousses jacksonniennes de la face et du bras (principalement du bras droit).

Voici la formule nouvelle d'administration qui fut adoptée, et mise en usage chez la malade. C'est celle que j'ai employée. depuis lors, dans une série de cas d'imperméabilité rénale, et toujours avec le même résultat satisfaisant. Au bout de 24 à 48 heures, la diurèse se rétablit, exactement comme dans le cas où l'on fait prendre la macération de rein par la voie buccale. Si bien, que les éliminations quotidiennes, auparavant réduites parfois à moins de 600 centimètres cubes d'urine, montent rapidement et progressivement à 1.200, 1.500, puis 2.500 et souvent 3.000 centimètres cubes, d'une urine de plus en plus chargée de produits d'excrétion.

TECHNIQUE. — On prend cette fois trois reins de jeune porc (1) qu'on vient de sacrifier, on les hache menu. Puis on broie direc-

(1) Voyez le mémoire du Dr CHOUPIN à ce sujet. Il a fait observer que les reins des jeunes porcs donnent la règle des macérations exemptes de substances douées de cette toxicité particulière qui, dans celle des animaux avancés en âge, provoquent l'urticaire, des sueurs fétides, l'embarras gastrique, etc. On reconnaît les reins des jeunes porcs à leur coloration blanche, ceux des vieux animaux à la teinte rouge, parfois assez foncée, de leur parenchyme.

tement (1) le hachis dans un mortier, avec 600 grammes d'eau distillée salée à 6. p. 1000. On laisse macérer cette pulpe pendant quatre heures (en entourant au besoin le mortier de glace, si la température ambiante est élevée). Puis on décante le liquide qui surnage ; on le passe au linge fin. On jette le reste du hachis sur ce même linge fin, où il fournit encore une petite quantité de liquide qu'on ajoute au reste. — Après quoi, on répartit la totalité du liquide de macération en trois lavements (qui sont ainsi d'un peu moins de 200 centimètres cubes chacun).

Ces lavements sont parfaitement gardés, à la condition qu'on les porte haut. On y arrive en faisant pénétrer suffisamment la longue canule rectale, et en attendant, avant de la retirer, que se soit dissipée l'excitation anorectale légère suscitée par son introduction. Cette excitation aboutit, en effet, le plus souvent à des efforts d'expulsion qui ne se produisent plus dès qu'elle a pris fin.

Depuis de longs mois, la malade, dont je viens de raconter brièvement l'histoire, continue à vivre sans grands incidents. Une fois seulement elle dut être l'objet d'une nouvelle application de sangsues au triangle de I.-L. Petit. Elle prend trois jours consécutifs, chaque semaine, la macération de rein de porc par voie rectale ; trois autres jours de la digitaline ou simplement du strophantus, selon les indications de l'instant. Et souvent pour des périodes prolongées, elle peut être alimentée avec autre chose que le lait : c'est-à-dire avec des potages aux purées de légumineuses, des œufs, quelques fruits, etc. L'examen de ses urines montre même un état plutôt stationnaire de ses irrégularités urinaires. Au dernier de ces examens, fait il y

(1) Dans la technique initiale, répondant à l'administration de la macération de rein par la bouche, on lavait rapidement le hachis de rein décortiqué à l'eau distillée, pour enlever le *goût* d'urine de ce hachis. On dissolvait ainsi forcément une partie des préproduits de ségrégation. L'administration par voie rectale rend inutile désormais cette phase de la préparation, qui était plutôt défavorable à l'extraction complète des produits utiles, puisque ceux-ci sont tous ou presque tous rapidement solubles dans l'eau.

a environ trois mois avec le plus grand soin dans mon laboratoire, les sédiments, recueillis par centrifugation et examinée par des méthodes absolument cytologiques, renfermaient à peine quelques lymphocytes et pas un seul cylindre ni colloïde, ni granuleux. Les dépouilles rénales existaient par contre, il y a environ un an, alors que la malade vivait pour ainsi dire sous un régime d'imperméabilité rénale subcontinue. Elles étaient parfaitement caractéristiques d'une néphrite interstitielle confirmée, et d'ailleurs assez abondantes.

Voici donc un exemple de mal de Bright sous sa forme la plus sévère, dans lequel l'imperméabilité du rein a été constamment levée par l'opothérapie rénale, et où même non seulement l'état général, mais encore semble-t-il bien l'état local, lésionnel du rein, ont montré une incontestable amélioration. Ainsi que je le disais dans ma communication à l'Académie, comme l'affirma ensuite le Dr Choupin, comme derechef le fait observer aujourd'hui le Dr Vialard, la réouverture du rein semble bien exercer, à la condition qu'elle soit soutenue, une action qui ne se borne pas simplement à une diurèse épisodique écartant pour un moment les menaces de crises d'urémie grave ou mortelle. Le rein qui fonctionne ne subit plus autant l'aggravation progressive de ses lésions, si hautement favorisée, comme chacun sait, par son fonctionnement presque nul. Car un rein qui ne fonctionne pas ne se repose point comme le fait un muscle; il s'atrophie tout comme une glande dont on aurait lié le canal excréteur. On sait bien d'ailleurs que, dans tout organe de constitution histologique complexe, l'existence de l'œdème à l'état permanent devient vite un facteur extrêmement actif de sclérose. Ici donc, la cause de la déchéance devient double. En tant qu'il est une glande, le rein devenu imperméable est voué à l'atrophie de ses épithéliums actifs si l'imperméabilité dure. En tant que, de par la toxémie résultant de l'insuffisante dépuration, il est frappé d'œdème perivasculaire à peu près constant — car cet œdème ne varie guère, chez le brightique interstitiel, qu'au point de vue de son plus ou moins d'intensité, — le rein est voué à la

transformation fibreuse de tous ses espaces intertubulaires disponibles.

En de telles conditions, une méthode telle que celle que j'ai introduite il y a déjà cinq ans en thérapeutique, et qui, de l'aveu de tous ceux qui l'ont mise en jeu, constitue le moyen probablement le plus puissant de lever l'imperméabilité rénale de cause toxémique, ne doit pas être laissée de côté par les praticiens. C'est pourquoi, j'ai voulu appuyer de ces quelques considérations un travail où l'un de nos confrères en affirme une fois de plus la portée et l'utilité dans une série de cas variés. Et j'ai voulu faire connaître aussi au public médical, une modification de la méthode qui la rend d'un emploi infiniment plus facile. En administrant désormais la macération de rein par voie rectale, on n'aura plus à se heurter au dégoût parfois insurmontable qu'ont beaucoup de malades à l'ingérer. J'espère, par suite, que la méthode deviendra d'un usage plus fréquent.

En étudiant soigneusement ses effets dans les variétés diverses d'imperméabilité rénale de cause toxémique, on arrivera peu à peu à manier sûrement le remède. On saura quand et comment il faut ou non l'appuyer par les autres agents déjà connus : digitale, théobromine, caféine, déplétion directe du rein par saignée locale, saignée générale, etc. Je poursuis moi-même cette étude depuis plus de six ans, mais elle est loin d'être achevée. L'intéressant travail de M. le Dr F. Vialard lui apporte, en tout cas, une contribution importante.

Je sais parfaitement, toutefois, que la modification que je fais connaître ne réduira pas toute objection. Il en subsistera toujours au moins une, et qui est celle-ci : ce n'est pas une chose commode que d'avoir des reins d'animaux frais ; il est compliqué de préparer le remède ; mieux vaudrait une préparation opothérapique courante, devenue d'ordre pharmaceutique (telle que l'iodothyrine, par exemple). Sans doute ! et je suis bien de cet avis.

Mais il n'est pas tout à fait simple, non plus, de traiter une fièvre typhoïde par les bains froids suivant la règle de Brand, ni

une bronchite capillaire par la balnéation chaude dont j'ai donné la formule. Il vaudrait mieux en effet que cela fût moins compliqué. On y est cependant venu, faute d'avoir jusqu'ici trouvé des méthodes équivalentes. Et d'ailleurs pour ma part, je n'ai jamais admis qu'afin de guérir un malade, et voire même de simplement prolonger sa vie, son médecin et ses parents n'entendent point prendre quelque peine !

# FORMULAIRE

## Acné vulvaire.

(HERZHEIMER.)

Liniment :

| | |
|---|---|
| Soufre précipité | 15 gr. |
| Eau de chaux | 45 » |
| — d'amandes amères | 10 » |

En applications alternées avec la pommade de Wilson.

Le matin, nettoyage à l'eau de savon chaude.

Pendant une heure, appliquer la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Résorcine très blanche | āā 10 gr. |
| Oxyde de zinc | |
| Talc de Venise | |
| Vaseline | 20 » |

Si le soufre et la résorcine sont contre-indiqués, faire des applications de perborate de soude.

## Traitement abortif du furoncle et de l'anthrax.

Dégraisser au préalable la région enflammée par un savonnage suivi d'un nettoyage à l'éther.

Badigeonner ensuite avec de la teinture d'iode ou avec :

| | |
|---|---|
| Iode métallique | 4 gr. |
| Acétone | 10 » |

(*Ann. de Thérap. dermatol. et syphiligr.*)

# TABLE DES MATIÈRES

## A

F

M

## Q

T



U

V



W



Z



*Le Gérant :* O. DOIN

Imprimerie Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e.

TOME CLVI 24e LIVRAISON 30 DÉCEMBRE 1908

FONDÉ PAR MIQUEL 1831

# BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE

CONTINUÉ PAR DUJARDIN-BEAUMETZ 1873-1895

## MEDICALE, CHIRURGICALE, OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE



77e année



ON SOUSCRIT

PLACE DE L'ODÉON, 8, A PARIS - 6e

Chez M. DOIN, Éditeur

(*Lui adresser tout ce qui concerne la rédaction et l'administration du Journal.*)

Le Bulletin de thérapeutique parait le 8, le 15, le 23 et le 30 de chaqu mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT

Paris et départements.. 18 fr. — Étranger............ 22 fr.

*L'abonnement part du 1er janvier et du 1er juillet.*

*Secrétaire de la Rédaction :* Dr CH. AMAT.

## SOMMAIRE

E DIURÉTIQUE RÉNAL PAR EXCELLENCE

# SANTHÉOSE

LE PLUS FIDÈLE
LE PLUS CONSTANT
LE PLUS INOFFENSIF
des **DIURÉTIQUES**




PURIFIE LE SANG et
EN RÉGULARISE LE COURS
*L'adjuvant le plus sûr des*
CURES DE DÉCHLORURATION

RODUIT DE FABRICATION FRANÇAISE. — Usine à JOUY-S.-MORIN (S.-et-M.)

Ne se présente qu'en **CACHETS** ayant la **FORME D'UN CŒUR.**
naque boîte renferme **24 cachets** dosés à **0.50 centigr.** de principe actif. Toutefois
**PURE** (*mais seulement cette forme*) se vend aussi en boîtes de 32 cachets dosés
25 centigr. — *On prescrira de 1 à 4 cachets par jour.* — PRIX UNIFORME DES BOITES : 5 fr.

| S. PURE | S. PHOSPHATÉE | S. CAFÉINÉE | S. LITHINÉE |
|---|---|---|---|
| s cardiaques et , Albuminuries, le, Hydropisie. | Sclérose cardio-rénale, Neurasthénie, Anémie, Convalescences. | Asthénie cardio-vasculaire Asystolie, Maladies Infectieuses, Intoxications. | Présclérose et Artério-sclérose, Uricémie, Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Sciatique. |

**VENTE EN GROS : 4, Rue du Roi-de-Sicile. PARIS (IVe).**




# UINOFORME

**PALUDISME**
Ampoules à 0 g.10, 0 g. 20, 0 g. 50.
Cachets à 0 g 25 & à 0 g 50

**ACROIX ET CIE** 31, rue Philippe-de-Girard — PARIS

